



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Factores psicosociales que influyen en el embarazo de
las adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio Fiscal**

José María Velasco Ibarra, ciudad de Milagro

Ecuador. 2013 – 2016

TESIS

Para optar el Grado Académico de Doctor en Ciencias de la Salud

AUTOR

Alicia Gabriela CERCADO MANCERO

ASESOR

Ricardo TERUKINA TERUKINA

Lima, Perú

2017



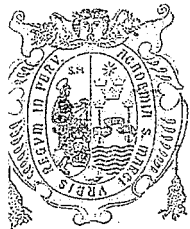
Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

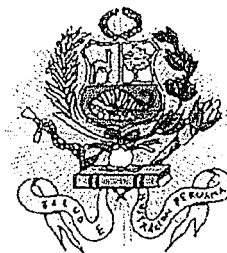
Cercado A. Factores psicosociales que influyen en el embarazo de las adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio Fiscal José María Velasco Ibarra, ciudad de Milagro Ecuador. 2013 – 2016 [Tesis de doctorado]. Lima: Facultad de Medicina / Unidad de Posgrado; 2017.



78 R.
6488
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA
SECCIÓN DOCTORAL

Vice Decanato de Investigación y Post Grado



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR

En la ciudad de Lima, a los ~~veintidós~~ ^{veintidós} días, del mes de Noviembre del año dos mil ~~diecisiete~~,
siendo las 12.00m. ante el Jurado de Sustentación, bajo la Presidencia de la **Dra. MARTHA NICOLASA VERA MENDOZA**, y los Miembros del mismo, los Doctores:

Dra. MARTHA NICOLASA VERA MENDOZA
Dra. ZULLY LUZ ACOSTA EVANGELISTA
Dra. ALICIA JESÚS FERNÁNDEZ GIUSTI
Dr. JUAN PEDRO MATZUMURA KASANO
Dr. RICARDO TERUKINA TERUKINA

PRESIDENTA
MIEMBRO
MIEMBRO
MIEMBRO
ASESOR

La postulante al Grado de Doctor en Ciencias de la Salud, es Magíster en Salud Comunitaria, Doña Alicia Gabriela Cercado Mancero, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su Tesis titulada "FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS EN EL COLEGIO FISCAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA, CIUDAD DE MILAGRO ECUADOR. 2013-2016", para optar el Grado Académico de Doctor.

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, después de la cual obtuvo la siguiente calificación C Bueno 16, a continuación la Presidenta del Jurado recomienda que la Facultad de Medicina, proponga que se le otorgue a la Magister, el Grado Académico de Doctor en Ciencias de la Salud.

Se expide la presente Acta en tres originales y siendo las 13.00 Hrs. se da por concluido el acto académico de sustentación.

Dra. ZULLY LUZ ACOSTA EVANGELISTA
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

Dra. ALICIA JESÚS FERNÁNDEZ GIUSTI
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

Dr. JUAN PEDRO MATZUMURA KASANO
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

Dr. RICARDO TERUKINA TERUKINA
ASESOR DE LA TESIS DE SUSTENTACIÓN

Dra. MARTHA NICOLASA VERA MENDOZA
PRESIDENTA DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

DEDICATORIA

Con mucho amor a mi hija Karem, quien es mi fuerza y motivación para seguir luchando por alcanzar mis metas, por el apoyo y comprensión permanente en este esfuerzo que he realizado para lograrlo y que siga el ejemplo de imponerse metas altas que con responsabilidad y perseverancia se logran, a mis compañeros de trabajo por todo su apoyo en aquellos períodos de ausencia.

Alicia

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme salud y la oportunidad de culminar este Doctorado, a mi hija y demás familiares, a mi querida e incondicional amiga Benilda Menéndez Noboa, quien con sus sabios consejos experiencia, supo acompañarme en este proceso, a Enrique por toda su ayuda, a mis maestros y al Dr. Ricardo Terukina Terukina - Tutor y a quienes me brindaron el apoyo permanente en la realización de este trabajo.

Además el agradecimiento especial a las autoridades de la Universidad Estatal de Milagro, por el apoyo incondicional otorgado para alcanzar esta meta y desarrollo profesional cuyo beneficio será revertido en la formación de profesionales de la salud con una educación de calidad.

Reconocimiento particular al Dr. Carlos Paz quien al momento de estar coordinando el inicio del doctorado no dudó en hacerme partícipe del proyecto el mismo que nace en su lugar de trabajo la Universidad Técnica de Babahoyo.

Alicia

ÍNDICE

RESUMEN.....	VI
ABSTRACT	VII
1. CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Situación problemática.....	1
1.2. Formulación del problema.....	4
1.3. Justificación de la investigación.....	4
1.4. Objetivos.....	5
1.4.1. Objetivo General.....	5
1.4.2. Objetivos específicos.....	6
2. CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Marco filosófico o epistemológico de la investigación	7
2.2. Antecedentes de la investigación	9
2.3. Bases teóricas.....	19
3. CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	24
3.1. Tipo y Diseño de Investigación	24
3.2. Unidad de análisis.....	24
3.3. Población de estudio	24
3.4. Tamaño de muestra	24
3.5. Selección de muestra	25
3.5.1. Etapa inicial	25
3.5.2. Etapa proceso.....	26
3.5.3. Etapa final.....	26
4. CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	27
4.1. Análisis, interpretación y discusión de resultados	27
4.2. Presentación de resultados.....	31
5. CONCLUSIONES	46
6. RECOMENDACIONES	47
7. BIBLIOGRAFÍA	48
8. ANEXO A Determinación de la muestra	51
Anexo B Encuesta	53
ANEXO C Validación de instrumento	58
ANEXO D Prueba de hipótesis.....	60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Lugar de residencia y edad del adolescente	31
Tabla 2 Factores psicológicos que influyen en las características de las adolescentes	32
Tabla 3 Conocimiento sobre sexualidad y salud sexual reproductiva de los adolescentes.....	34
Tabla 4 Fuentes de información sobre el embarazo en la adolescencia	35
Tabla 5 Conocimiento de las adolescentes sobre las Complicaciones en el embarazo.....	36
Tabla 6 Características del comportamiento social identificadas por las adolescentes que influyen en el embarazo.....	39
Tabla 7 Tipo de familia y percepción del comportamiento familiar frente al embarazo y consecuencias en la adolescente	40
Tabla 8 Consecuencias de embarazo no planeado en la familia, como factores sociales	42
Tabla 9 Ingresos y nivel socio - económico de la familia.....	44

RESUMEN

Introducción: El embarazo en la adolescente es un tema actual y recurrente en nuestras sociedades dado a que es un fenómeno natural que está biológicamente disponible para prácticamente todas las adolescentes y a su vez tiene una tasa elevada de mortalidad materna y neonatal por el riesgo que existe al tener un bebé antes de los 20 años de edad, por estas razones es considerado un problema de salud pública en Ecuador. **Objetivo:** El objetivo general de la investigación se enmarca en determinar los factores psicosociales que influyen en el embarazo de las adolescentes de 12 a 17 años, del colegio fiscal Dr. José María Velasco Ibarra de la ciudad de Milagro. **Metodología:** La metodología utilizada se basó en un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, transversal correlacional; la muestra quedó constituida por 335 adolescentes que cumplieron con las mismas características de la población y con el fin de reducir el margen de error en los resultados la selección de la muestra fue probabilística con un tipo de muestreo estratificado. **Resultados:** El 31% de las adolescentes pertenecen a la edad de 16 años y la mayor parte de estos viven en el sector urbano. El 63% reconoce las características de las tres etapas de la adolescencia; el 92% conoce sobre el desarrollo de todos los órganos de la reproducción y los cambios físicos que se producen en ellos; el 69,55% resalta que las características que primero identifican en su grupo de pares es la amistad y aceptación. El 85% señaló que vive en un hogar funcional. Además, se estableció que el conocimiento sobre sexualidad y salud reproductiva se asocia con las embarazadas adolescentes. **Conclusión:** los factores psicosociales que influyen a la prevalencia del embarazo en la adolescencia son los cambios físicos relacionados con el crecimiento, cambio corporal y a la maduración sexual. A su vez, la mayoría de las estudiantes se encuentran en la etapa de la adolescencia intermedia dado al desarrollo cognitivo que han demostrado cuya característica es tener un pensamiento más reflexivo y el conocimiento sobre sexualidad y salud reproductiva de las adolescentes es medio.

Palabras Claves: adolescencia, embarazo adolescente, factores psicosociales, factores psicológicos, factores sociales

ABSTRACT

Introduction: Adolescent pregnancy is a current and recurring theme in our societies because it is a natural phenomenon that is biologically available for virtually all of the adolescents and, in turn, has a high rate of maternal and neonatal mortality by the risk that exists to have a baby before 20 years of age, for these reasons, it is considered a public health problem in Ecuador.

Objective: The general objective of the research is to determine the psychosocial factors that influence adolescent pregnancy between 12 to 17 years of age, of the public school, Dr. José María Velasco Ibarra from the city of Milagro.

Methodology: The methodology used was based on a quantitative approach, non-experimental, cross-sectional correlational study; the sample was composed of 335 adolescents who met the same characteristics of the population and to reduce the margin of error in the results the selection of the sample was probabilistic with a type of stratified sampling.

Results: The 31% of adolescent girls belong to the age of 16 years, and most of these live in the urban sector. The 63% recognize the characteristics of the three stages of adolescence; the 92 per cent know about the development of all of the reproductive organs and the physical changes that occur in them; the 69.55% emphasizes that the characteristics that first identified in their peer group is the friendship and acceptance. The 85% said they would like to live in a functional home. In addition, it was established that the knowledge about sexuality and reproductive health is associated with the adolescent pregnant women.

Conclusion: The psychosocial factors that influence the prevalence of pregnancy in adolescence are the physical changes related to growth, body change and sexual maturation. The majority of the students are in the middle adolescence stage given to cognitive development that have shown whose characteristic is to have a more reflective thinking and knowledge about sexuality and reproductive health of adolescents is medium.

Keywords: pregnancy, adolescent pregnancy, psycho-social factors, psychological factors, social factors

1. CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1. Situación problemática

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema importante en la sociedad actual; los adolescentes de repente tomaron el camino equivocado ya que "niños que tienen hijos" parece ser el estilo de vida popular de la sociedad. Tal es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2012 de acuerdo a una ficha de datos sobre embarazos en la adolescencia, estimó que 16 millones de mujeres adolescentes dieron a luz cada año, la mayoría en países de baja y mediana economía. (Mushwana, Monareng, Richter, & Muller, 2015)

En este sentido, el embarazo adolescente ha sido ampliamente reconocido como un problema de salud pública a nivel mundial, debido a su alta prevalencia y mortalidad. Las madres adolescentes tienen una mayor tasa de mortalidad puesto que existen resultados adversos del lactante, como bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y muerte infantil, lo que incrementa la posibilidad de muerte de la madre y del producto; estos factores de riesgos son más comunes entre los niños cuyas madres tienen entre 15 y 19 años de edad. (Cunha et al., 2013)

La alta tasa de embarazo adolescente en los países en desarrollo, se ha atribuido a factores tales como: falta de conocimiento de la sexualidad, influencia del grupo de pares, falta de conocimiento y/o uso ineficaz de anticonceptivos, bajo nivel socioeconómico, inestabilidad familiar, edad temprana de matrimonio y cultura. (Osaikhuwuomwan & Osemwenkha., 2013)

Los mismos autores, señalan también que las madres adolescentes constantemente están en riesgo psicológico dado que experimentan niveles más altos de estrés, desesperación, depresión, sentimientos de impotencia, baja autoestima, sensación de fracaso personal e intentos de suicidio. En el mismo contexto, además de los riesgos médicos, las implicaciones económicas

para la madre adolescente y su hijo son de gran importancia y están directamente ligados con el nivel académico de la madre adolescente, los ingresos económicos y la oportunidad de empleo.

Estudios recientes señalan que alrededor de la mitad de las madres adolescentes abandonan la escuela secundaria, y más de la mitad terminan viviendo en la pobreza o incluso debajo de la línea de pobreza. Los niños nacidos de madres adolescentes son más propensos a tener problemas de salud, negligencia y ser víctimas de abusos. (Ahmad, Gill, & Kocheleva, 2014)

La Organización Panamericana de la Salud en su informe titulado “Preparar a la región para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible Capítulo Ecuador”, señala que en los últimos 20 años en la Región de las Américas se ha avanzado enormemente en la reducción de la mortalidad materna. La razón de mortalidad materna (RMM) ha disminuido un 43%; sin embargo más del 35% de muertes se produce en el quintil de menor nivel de educación. (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2016)

En Ecuador, la cifra estimada para por el Grupo Interagencial (Banco Mundial (BM), Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)), fue de 107 por 100.000 nacidos vivos para el año 2014, y ha sido ajustada a una RMM de 64 por 100.000 nacidos vivos para 2015.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) indica en el anuario “Ecuador en cifras/nacimientos y defunciones” del 2012, la RMM fue de 60,4 por 100.000 nacidos vivos; 57,56% de muertes maternas ocurrió en los hospitales (118/205). En las madres sin escolaridad y con educación primaria la RMM se eleva a 102,6 por 100.000 nacidos vivos. (Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), 2012)

Por otra parte, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) realizada en el Ecuador en el 2012, muestra que el 19,4% de nacidos vivos viene de mujeres menores de 20 años, lo que indica que en los

dos últimos años se ha incrementado en 2,8 puntos la proporción de madres menores de 20 años. En cuanto a conocimientos y prácticas sobre planificación familiar, la ENSANUT reporta que el conocimiento de al menos un método en las mujeres más jóvenes de 12 a 14 años es del 79,5 %.

Ante estas cifras, se pone en evidencia que existen innumerables factores psicosociales y económicos que influyen en el embarazo de las adolescentes; sin embargo, bajo la óptica de los datos referenciales expuestos, esta investigación se centrará en varios factores principales como: conocimiento sobre sexualidad, salud sexual reproductiva, complicaciones en el embarazo, métodos anticonceptivos, ingresos económicos familiar, características del comportamiento social, tipo de familia y percepción del comportamiento familiar frente al embarazo y consecuencias, lo cual serán estudiados en las adolescentes de 12 a 17 años de la Unidad Educativa Dr. José María Velasco Ibarra de la ciudad de Milagro la misma que posee una extensión de 11 hectáreas, está ubicada en la ciudad de Milagro provincia del Guayas-Ecuador, cuenta con un edificio administrativo donde se ubican las oficinas de: Rectorado, Vicerrectorado, Secretaría, Colecturía, Inspección General, Comisión de Innovaciones Curriculares, Archivos, Departamento Médico y de Odontología.

Además funcionan en los distintos pabellones los Departamentos de: Orientación y Bienestar Estudiantil, Salas de Audiovisuales, Biblioteca, Salas de Idiomas, de Computación; Laboratorios de Química, Física, Biología, Anatomía, Ciencias Naturales, Museo.

El Plantel cuenta con un funcional Salón Auditorio, Canchas Deportivas, Patios de uso Múltiple, Espacios Verdes, Taller de Arte, Gimnasio, Piscina semi Olímpica, Bar Estudiantil. La institución se encuentra actualmente dirigida bajo programa de Bachillerato Espejo, el que consiste en enseñar durante 3 jornadas (matutina, vespertina y nocturna) a alrededor de 3500 estudiantes desde Octavo de Educación Básica hasta Tercero de Bachillerato.

1.2. Formulación del problema

Con estos antecedentes, se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores psicosociales que influyen en el embarazo de las adolescentes de 12 a 17 años, del colegio fiscal Dr. José María Velasco Ibarra de la ciudad de Milagro?

1.3. Justificación de la investigación

El Código de la Niñez y Adolescencia define en el Art. 9: “Función básica de la familia.- La ley reconoce y protege a la familia como el espacio natural y fundamental para el desarrollo integral del niño, niña y adolescente. Corresponde prioritariamente al padre y a la madre, la responsabilidad compartida del respeto, protección y cuidado de los hijos y la promoción, respeto y exigibilidad de sus derechos” y el Art. 10 del mismo código expresa: “Deber del Estado frente a la familia.- El Estado tiene el deber prioritario de definir y ejecutar políticas, planes y programas que apoyen a la familia para cumplir con las responsabilidades especificadas en el artículo anterior”. (Código de la niñez y adolescencia., 2014)

Por otra parte, en el Art. 26 de la Constitución del Ecuador se reconoce el derecho y la responsabilidad que tienen las personas, las familias y la sociedad de participar en el proceso educativo; y, en el Art. 27, establece que: “La educación se centrará en el ser humano y garantizará su desarrollo holístico, en el marco del respeto a los derechos humanos, al medio ambiente sustentable y a la democracia; será participativa, obligatoria, intercultural, democrática, incluyente y diversa, de calidad y calidez; impulsará la equidad de género, la justicia, la solidaridad y la paz” (...). (Constitución de la República del Ecuador, 2011)

En el mismo contexto, el Ecuador, reconoce en la Constitución en su Art. 44, que las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno

familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. (...)
Asimismo; el artículo 45 indica que “las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura; al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; (...)

Bajo esta perspectiva teórica, práctica y legal; el proyecto se basa en una problemática real, alineada a la Ley Orgánica de Salud del 2006 donde se establece como problema de salud pública el embarazo en adolescentes y el aborto. (Ley Organica de Salud, 2012)

De igual forma, se alinea al Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia del aprobado en el 2015, el mismo que se encuentra en vigencia con el cual se pretende lograr un giro en el comportamiento de los adolescentes y jóvenes. (Ministerio de Salud Pública (MSP) & Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), 2015)

Finalmente, los resultados de la investigación contribuirán a todos los planes, programas y proyectos que se encuentra en ejecución a nivel local, regional y nacional dado que se obtendrán datos actualizados que permitirán conocer las tendencias respecto a los factores psicosociales que inciden en el embarazo en las adolescentes.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

- Determinar los factores psicosociales que influyen en el embarazo de las adolescentes de 12 a 17 años, del colegio fiscal Dr. José María Velasco Ibarra de la ciudad de Milagro.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores psicológicos (**características de la adolescencia, conocimiento sobre sexualidad, salud sexual reproductiva, complicaciones en el embarazo, métodos anticonceptivos**) que contribuyen a la prevalencia del embarazo en la adolescencia.
- Identificar los factores sociales (**características del comportamiento social, actividades en el tiempo libre, tipo de familia y percepción del comportamiento familiar frente al embarazo y consecuencias**) que influyen en los adolescentes de 12 a 17 años de edad.
- Identificar los factores económicos (**ingreso económico y nivel socioeconómico**) de la familia o representante legal de los adolescentes.

2. CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco filosófico o epistemológico de la investigación

La adolescencia es un tema actual y recurrente en nuestras sociedades que sigue provocando un intenso intercambio de opiniones entre científicos sociales, educadores, padres de familia e instituciones ciudadanas y políticas. El tratamiento moderno de la adolescencia, en su sentido categorial o técnico, se presenta hoy como una realidad de la que se ocupan diversas disciplinas científicas. (Lozano, 2014)

Esta etapa del ser humano, constituye el campo de estudio de la antropología, la psicología, la biología del desarrollo, la sociología y la historia. Desde cada una de estas disciplinas se ofrecen definiciones de la adolescencia que configuran los enfoques conceptuales imprescindibles para la investigación y práctica social. Las estrategias y métodos de investigación son también un campo abierto al debate, donde junto a las reflexiones teóricas y la utilización de estrategias de corte cuantitativo han cobrado relevancia el uso de estrategias de tipo cualitativo y centrado en un mayor énfasis en la subjetividad de los agentes implicados en la realidad concerniente a la adolescencia. (Dávila, 2004)

Esta pluralidad de enfoques teóricos, metodologías y disciplinas, junto a la diversidad de caracteres constitutivos de la adolescencia, pueden oscurecer el propósito de entender mejor el fenómeno de la adolescencia. El campo de estudio sobre la adolescencia se mantiene en un estado de confusión y discusión en relación con la variedad de teorías y concepciones que se presenta bajo una pluralidad caótica y de contradicción. (Lozano, 2014)

No obstante, cada disciplina por separado puede presentar en su terreno específico formulaciones teóricas y metodológicas claras y distintas. Así y a modo de ejemplo, se afirma que no existe una teoría única correcta sobre el desarrollo adolescente, instando a los estudiosos de la adolescencia a

comparar y contrastar los diferentes enfoques existentes sin perjuicio de reconocer, por otra parte, que pueden existir «formulaciones teóricas que parecen contradecirse o utilizar los mismos términos para designar cosas distintas» (Kimmel & Weiner, 1998)

Al existir diversos saberes sobre la adolescencia, Acosta (1993) propone que “puede resultar mucho más esclarecedor intentar caracterizar un poco lo que es la adolescencia que pretender definirla”. En este sentido, tomamos en cuenta las diferentes concepciones existentes sobre este periodo de transición, desde el punto de vista teórico general y como se ha atribuido la responsabilidad analítica de la adolescencia a las disciplinas psicobiológicas pero con mayor énfasis a las disciplinas de las ciencias sociales, la sociología, y los estudios culturales (bases teóricas) que son las más relacionadas con el tema en estudio.

En el mismo contexto, los rasgos constitutivos de la adolescencia, deben ser entendidos como realidades cambiantes en el mismo curso histórico de la adolescencia. Los mismos que se distribuyen en dos grandes rúbricas, que tradicionalmente suelen designarse como corpóreas (morfológicas, fisiológicas) y culturales (lingüísticas, cognitivas, rituales, educativas). (Lozano, 2014)

Estas rubricas desde la metafísica se las conoce con los siguientes símbolos abstractos: φ de $\varphi\upsilon\sigma\iota\varsigma$ que significa naturaleza (corpóreas) y π , de $\pi\nu\epsilon\upsilon\mu\alpha$ que significa espíritu (culturales); para evitar confusión con estos símbolos nos referiremos a estos términos desde la antropología y no desde la metafísica para mantenernos dentro de la tradición histórico-conceptual en la que habitualmente se han tratado estos temas.

En general, la adolescencia como categoría antropológica, surge de la unión entre las realidades corpórea y las culturales; y estas determinaciones se dan al nivel de la individualidad corporal entre todos los miembros de la especie y esto implica universalidad distributiva, mientras que las determinaciones culturales se adoptan a una escala social y cultural que ya no se ajustan exclusivamente a la individualidad corporal.

Algunas teorías toman como principal referencia las determinaciones culturales, remarcando la variabilidad histórica y cultural. En esta posición se encontrarían las teorías cercanas a la antropología, la historia o la sociología. (Lozano, 2014)

En el contexto social y académico de institucionalización de la etapa adolescente se establece un concepto de adolescencia definido como un fenómeno biopsicológico. (Silber, 1997) El concepto de adolescencia así formado se concibe entonces como presente en todos los adolescentes de todas o la mayoría de las culturas y sociedades, actuando los fenómenos biofisiológicos propios de la pubertad como reforzador de esta perspectiva individual y su universalidad distributiva. (Kiell, 1969) En definitiva, todas estas apreciaciones, conciben la adolescencia como un constructo natural, y cultural que constituye una experiencia universal a todas las épocas y sociedades con significados variables.

Ante estas concepciones epistemológicas, en los siguientes apartados, trataremos de fundamentar y dar noción del término adolescencia a partir de lo biológico, psicológico y social.

2.2. Antecedentes de la investigación

Resulta imperioso realizar un análisis profundo del término *adolescente*, terminología proveniente de la palabra latina "adolescere" que significa "crecer", período crítico de desarrollo en un ser humano. Otro término que aparece relacionado habitualmente con el de adolescencia es pubertad, término que deriva del latín pubere (cubrirse de vello el pubis) y hace referencia fundamentalmente a los cambios biológicos que aparecen en el final de la infancia y que suelen englobarse en una primera fase de la adolescencia. (Adrián & Rangel, n.d.)

En este sentido, la adolescencia se define como la fase de desarrollo en el ciclo de la vida humana que está situado entre la niñez y la adultez. Se caracteriza por el rápido crecimiento y desarrollo físico, con notables cambios sociales y

emocionales. (Gouws, Kruger, Kruger, & Snyman, 2008) A partir de estos términos, podemos decir que la adolescencia empieza con la biología y acaba con la cultura. Las primeras señales o características para indicar el final de la infancia e inicio de la adolescencia son los cambios físicos de la pubertad. Estos cambios se refieren principalmente al crecimiento y cambio corporal y a la maduración sexual.

Kar, Choudhury & Singh en el 2015, mantienen que la adolescencia puede dividirse en tres etapas: temprana (10-13 años), intermedia (14-16 años) y tardía (17-19 años). Los cambios físicos comienzan en la adolescencia temprana, donde están muy preocupados por su imagen corporal; estos cambios obligarán al adolescente a acomodarse a una nueva imagen y aceptarla, algo que en ocasiones resultará difícil. La adolescencia intermedia tiene lugar el desarrollo cognitivo; los adolescentes desarrollan el pensamiento y razonamiento abstractos. Es decir, el pensamiento deja de ser concreto, por lo que comienzan a tener un pensamiento más reflexivo a través de la inducción y deducción, generando sus propias conclusiones para luego tomar decisiones.

Finalmente, desarrollan un sentido de identidad durante la adolescencia tardía, en esta fase el adolescente necesita la inclusión en un grupo social, un grupo de pertenencia fuera de la familia de origen. Durante esta etapa se acentúa el interés por las relaciones sexuales. Asimismo, la terminación de estos cambios físicos propios de la pubertad constituye un indicador para delimitar la llegada a la edad adulta, sin embargo no son los únicos dado que existen otros agentes que involucran la madurez en un individuo adulto.

En la adolescencia los rasgos distintivos de la misma, se produce como un desfase temporal entre la maduración sexual de los individuos y la consecución plena del estatus adulto. Los jóvenes son ya, en lo fundamental, individuos adultos biológicamente, pero no psicológica y socialmente. Este desfase, que puede prolongarse al menos entre 5 y 10 años, implica necesariamente una dinámica de cambios no exenta de tensiones, en las que el sujeto se mueve permanentemente en un área indefinida entre la madurez, en ciertos aspectos,

y la inmadurez, en otros. Esta perspectiva resulta útil para interpretar, en términos generales, la naturaleza de diversos fenómenos típicos en estas edades, como por ejemplo, los embarazos no deseados y su afrontamiento, los conflictos de oposición con las figuras de autoridad, el consumo de drogas legales o ilegales, o las vicisitudes de las primeras experiencias en la incorporación al mundo laboral. (Adrián & Rangel, n.d.)

Por su parte, la pubertad como característica biológica está determinada por la herencia genética derivada de nuestros padres, la misma que se puede manifestar a través de índices de correlación entre padres e hijos, como la estatura y la edad de aparición de la primera menstruación. Sin embargo, esta influencia no determina por completo los cambios que van a ocurrir, por el contrario, solo establece un marco de referencia y tendencias generales que van a ser concretados por la acción de otros agentes biológicos y/o ambientales, como por ejemplo las hormonas y el funcionamiento del sistema endocrino. (Adrián & Rangel, n.d.)

Es conveniente recordar, que las hormonas son sustancias que el cuerpo vierte en el torrente sanguíneo mediante glándulas endocrinas a fin de regular el funcionamiento de distintos órganos. Precisamente, el inicio de la pubertad viene determinado por un aumento significativo en los niveles de estas sustancias respecto a la infancia, influyendo de manera directa en una diversidad de cambios físicos. Las hormonas que están relacionadas directamente con la sexualidad son: los estrógenos (hormona femenina) y la testosterona (hormona masculina).

En el caso de los estrógenos, su producción se incrementa a partir de la pubertad y está relacionado con el deseo sexual y el desarrollo de los caracteres sexuales (vello en pubis y axilas, desarrollo del pecho y de los órganos sexuales, distribución del tejido graso). Por su parte, la testosterona es un andrógeno cuyo aumento de su concentración en sangre determina en el sexo masculino, el desarrollo de los genitales externos, el aumento de estatura y el cambio de voz.

En términos fisiológicos, las hormonas tanto masculinas como femeninas, implican dos tipos de procesos en relación con las funciones reproductoras denominadas características sexuales primarias y secundarias. Las primarias son aquellos cambios directamente relacionados con la reproducción, que afectan a órganos como los ovarios, el útero y la vagina en las mujeres, y a la próstata, las vesículas seminales, los testículos y el pene en los hombres.

Las características sexuales secundarias implican a procesos de maduración sexual, pero no directamente relacionados con los órganos reproductores, como por ejemplo, el aumento de peso, estatura y fuerza (más en los varones), la aparición del vello en el pubis y otras partes del cuerpo, y cambios en la voz y en la piel. En las mujeres, el crecimiento de los senos y el ensanchamiento de los huesos pélvicos, y en los varones, el crecimiento de vello facial y el ensanchamiento de los hombros.

Con estos apartados podemos mencionar que el efecto de las hormonas, no es suficiente para entender el comportamiento adolescente, sino que son dependientes de la mediación ejercida por el conjunto de características psicológicas del sujeto y de las propiedades del ambiente social que le rodea. Tal como lo aseveran Brooks-Gunn y Warren en 1989, estos autores señalan también, que el nivel de testosterona parece ser un indicador relacionado con la participación en actividades sexuales en niñas entre 12 y 16 años. Sin embargo, no todas las adolescente en esta condición tienen un mismo comportamiento sexual, sino que habrá un amplio abanico de posibilidades relacionadas con la regulación ejercida por los diferentes factores educativos y sociales y familiares.

Todos estos cambios biopsicosociales son considerados factores de riesgos para los adolescentes, dado que es una etapa en la que los jóvenes aprenden a conocerse, forman amistades, intercambian opiniones y tienen ideas definidas. Paralelamente a esto, en la adolescente aparece como algo significativo en esta etapa, la menarquia (primera menstruación) que llega a ocurrir tan precozmente como los 9 años, y en el varón ocurren las primeras

eyaculaciones durante el sueño con espermatozoides capaces de fecundar. (como es citado en López, Botell, Valdespino, Ambrosio, & Martín, 2005, p.1)

Ante esto, y por ser una de las variables en estudio, ahora analizaremos de forma breve los factores que intervienen en la adolescente embarazada y su repercusión desde su conceptualización en términos generales hasta llegar al análisis de las bases teóricas en la que se sustentan sus principales aspectos.

El embarazo adolescente también llamado embarazo precoz, es un fenómeno natural que está biológicamente disponible para prácticamente todas las adolescentes. Este proceso biológico significa que, básicamente, todas las adolescentes tienen la posibilidad de quedar embarazada, dado su desarrollo físico y emocional. Sin embargo, es un hecho ampliamente reconocido en el campo de la salud, que la fecundidad presenta mayores riesgos asociados para la madre y su hijo, cuando el embarazo se concibe antes de los 20 años, tanto desde el punto de vista biológico, como psicológico y social, pues el individuo nace y se desarrolla en sociedad. (Salazar et al., 2006)

El mayor riesgo observado en el embarazo precoz depende más de las variables socioculturales que de las fisiológicas. (como es citado en López et al., 2005) En este sentido, un embarazo adolescente, frecuentemente es un embarazo no deseado o no planificado, con una relación débil de pareja y en muchos casos fortuita u ocasional, lo cual determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, amigos y maestros; comportamiento que generalmente conduce a la detección y el control prenatal tardío o insuficiente, con sus consecuencias negativas antes y después del nacimiento. (Cruz, 2004)

Hay que tomar en cuenta que este embarazo se produce cuando la maduración biosocial, física y psicológica no se ha logrado aún, de manera que en muchos casos por incomprensiones, problemas socioeconómicos, carencias nutricionales y un medio familiar poco receptivo y cooperativo, incapaz de aceptarlo y protegerlo, termina en parto distócico. (Álvarez, 2001)

De tal forma que la futura madre adolescente se enfrenta a las inquietudes propias del embarazo; se preocupa por la transformación de su cuerpo en una etapa en que asume su nueva imagen corporal; teme a las molestias del parto, se angustia por la actitud del padre, en muchos casos también adolescente. A ello se suma tener que abandonar a su grupo de iguales, interrumpir los estudios y quizás no poder continuarlos; dejar de divertirse, atender a su bebé y amamantarlo, entre otros aspectos, que pueden provocar estrés, fatigas, desinterés y trastornos de la personalidad. (Fernández, 2003)

En este viacrucis, la madre adolescente no tiene un orden de valores que le permita priorizar problemas o soluciones, por lo cual, si logra cuidar bien a su hijo se sentirá satisfecha como madre, pero en lo personal tendrá añoranza de hacer lo mismo que una adolescente sin hijos. (como se cita en López et al., 2005) Este déficit de valores es típico de la etapa, pues la adolescente se encuentra en un proceso de cambio y desarrollo, durante el cual va incorporando una nueva concepción del mundo, pero aún se guía por criterios valorativos externos y convicciones inestables, estereotipadas y variables.

Para comprender y ampliar los antecedentes de la investigación fue necesaria la revisión de literatura a través de resultados de varios estudios que abordaron la misma situación problemática.

Desde esta perspectiva, Beltrán en el 2006, comenta en su estudio “Embarazo en adolescentes” que en todo el mundo, uno de cada diez alumbramiento corresponde a una madre adolescente, es decir, partos de mujeres menores de 20 años, lo que representan el 17%, (14 millones de partos al año en el mundo entero). Por su parte, el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) estima que el porcentaje de nacimientos de madres adolescentes es más bien cercano al 20 por ciento, mientras que otros organismos, como la UNICEF y el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), lo establecen entre el 15 y el 26 por ciento. (como se cita en Beltrán, 2006, p.1)

En el mismo contexto, la OMS en el 2009, señaló que las adolescentes menores de 16 años corren riesgo de defunción materna cuatro veces mayor que las mujeres entre 20 y 30 años con una tasa de mortalidad de sus neonatos del 50%. En este sentido, la misma organización puntualiza que todo embarazo de riesgo es aquel que ocurre antes de los 20 años de edad, debido a que es la causa principal de muerte entre las jóvenes de 15 a 19 años. (como se cita en Figueredo & Vélez, 2015)

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2013) señala que casi un 30% de las mujeres es madre durante la adolescencia en América Latina, una cifra superada solamente por África que delata una preocupante realidad.

Por otra parte, González (2013) en su artículo publicado en el Diario “El Carabobeño” titulado “Carabobo entre los estados con más embarazos precoces” destaca el aspecto de la mortalidad materna en el caso venezolano, con el registro de la terrible cifra de 73 muertes de madres por cada 100.00 nacidos vivos en 13 estados venezolanos, superando el promedio de 80 por cada 100.000 nacimientos; de esto el embarazo en adolescentes representa el 66%; ubicando a Venezuela como el primero de Latinoamérica, por encima de Honduras y Nicaragua. Durante el año 2.011 en el estado Carabobo nacieron 43.477 neonatos, de los cuales 9.600 eran de madres adolescentes, lo cual representa el 22,26% de los partos, y de estos 9.338 corresponden a las jóvenes entre 15 y 19 años.

Los datos expuestos pone en evidencia que el embarazo precoz es motivo de preocupación a nivel mundial, puesto que una adolescente embarazada pone en riesgo su salud y la de su hijo; además la tasa de fecundidad más altas se localizan en África y América Latina.

Otro dato interesante desde el punto de vista psicosocial, lo aportan varios autores que realizaron un estudio sobre las “Alteraciones prenatales y conocimientos sobre riesgos biosociales en embarazadas” realizado en el municipio de Camagüey – Cuba, en la que se plantean como objetivo

caracterizar el conocimiento de las embarazadas adolescentes sobre los riesgos biosociales en la gestación precoz y las afecciones a la salud del binomio madre-hijo en las gestaciones adolescentes, objetivo alcanzado a través de una metodología descriptiva y prospectiva con una muestra constituida por 230 adolescentes embarazadas; obteniendo como resultados que el 96% de las madres adolescentes pertenecen a un grupo etario que fluctúa en edades de 15-19 años (adolescencia tardía); se identificó que 194 pacientes poseen algún tipo de información sobre el embarazo y 220 conoce sobre los métodos anticonceptivos.

El 75% declaró tener conocimientos sobre los riesgos que para la salud de la madre y su hijo implica el embarazo en la adolescencia y menos de la mitad reconoció los riesgos sociales. Las adolescentes embarazadas manifestaron que el sustento económico de sus hijos será asumido por ambos padres, lo que implica nuevas exigencias económicas para la familia y la privación de actividades propias de su edad por esta causa. (González, León, Pérez, Aponte, & Pérez, 2016)

Estas premisas permitieron concluir que existe un bajo nivel de conocimientos en las gestantes adolescentes con relación a la nocividad del embarazo en edades tempranas y referente al sustento económico, los resultados son poco probable en la etapa de adolescente, ya que muchos no han alcanzado aún la edad laboral, lo que esta responsabilidad sería asumida por la familia de las adolescentes.

En México, el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), refirió que de los 123 millones de mexicanos, el 30 por ciento son adolescentes, es decir, 24 millones, y uno de cada cuatro tiene vida sexual activa. Uno de cada cinco nacimientos se da entre menores de 19 años, lo que representa un riesgo muy elevado desde todos los puntos de vista. En 2014 se registraron 17 nacimientos diarios en el grupo de 10 a 14 años y un poco más de mil en el grupo de 15 a 19 años de edad. Solo en la Ciudad de México, aproximadamente 76 mil adolescentes se embarazan cada año, 80 por ciento de ellas deja sus estudios y 33 por ciento son madres solteras.

Ante esta problemática, las autoridades de la Facultad de Medicina (FM) de la Universidad Autónoma de México tomaron la iniciativa realizando un estudio en la que como objetivo se plantearon identificar la prevalencia, determinar factores y el conocimiento sobre el uso de los métodos anticonceptivos.

Se aplicó un cuestionario entre mil 388 alumnos de la FM, de entre 16 y 19 años; 62.3 por ciento del total fueron mujeres. La aplicación del instrumento dio como resultado que la primera relación sexual, en promedio, ocurre a los 16.5 años. En su primera relación sexual el 87.3 por ciento usaron condón; el resto optó por el coito interrumpido, la píldora del día después o no utilizó algún método. Entre las 365 alumnas que ya han tenido relaciones sexuales, 347 no han estado embarazadas; 18 sí y, de ellas, 14 abortaron. De estas últimas, 11 estudiaron el bachillerato, cinco en la Prepa y dos en escuelas privadas. (Universidad Autónoma de México (UNAM), 2016)

A diferencia de las otras investigaciones, el abordaje de este estudio hace referencia desde dos puntos: actividad sexual y métodos anticonceptivos. Determinamos que el inicio de la actividad sexual inicia en la adolescencia intermedia, y en cuanto a la protección anticonceptiva, el método más utilizado entre los adolescentes es el preservativo. En contraste, estos datos son contradictorios a la realidad, ya que iniciar tempranamente la actividad sexual incrementa la posibilidad de quedar embarazada y a su vez usar un método anticonceptivo la disminuye. Teniendo en cuenta que en México según cifras oficiales existen dos millones de nacimientos al año, de estos, cerca de 400 mil son en mujeres menores de 19 años y 10 mil en madres menores de 14 años de edad.

Por su parte, el uso de anticonceptivos de manera oportuna y con responsabilidad no solo evita el embarazo sino que ayuda a prevenir enfermedades de transmisión sexual (ETS) como la sífilis, gonorrea, clamidia, herpes genital, virus de insuficiencia humana (VIH), VPH, vaginitis micótica y tricomoniasis entre otras. Ante esto, se debe considerar la aportación que hace Josefina Lira Plascencia, representante del Instituto Nacional de Perinatología

de México, entre otras cosas explica que los anticonceptivos más seguros son el dispositivo intrauterino (DIU), con falla en el 0.2 por ciento de los casos, y el implante anticonceptivo, con un margen de error de 0.1 por ciento. Respecto a las píldoras anticonceptivas, menciona que tienen fallas de 0.3 por ciento si se toman correctamente, pero muchas mujeres las interrumpen o las toman mal. Acerca de la píldora del día siguiente, es un método de emergencia, sin embargo es el más utilizado en México, al respecto menciono también que no es conveniente usarla de manera regular, sino extraordinaria, y advirtió que si se toma muy frecuentemente no sirve.

Respecto a los factores biopsicosociales, en el 2012 se publicaron los resultados de un estudio realizado en Montería – Colombia; en que la autora se propuso establecer la importancia de identificar los aspectos biopsicosociales asociados al embarazo adolescente en las embarazadas asistentes al programa de Control Prenatal de una Empresa Social del Estado de nivel 1, para a vez, comprender las actitudes y los comportamientos asociados a esta etapa tan temprana. (Cogollo, 2012)

El diseño metodológico fue de carácter descriptivo con un alcance cuantitativo de corte transversal con una muestra de 30 adolescentes embarazadas asistente al programa y un tipo de muestreo a conveniencia, permitiendo obtener como resultados que predominó la edad de 15 a 19 años de edad con un estado civil de unión libre, con un nivel de deserción escolar alta y referente al factor económico se determinó que los ingresos económicos es menor al salario mínimo.

En cuanto a los factores biológicos se obtuvo como resultados que la menarquía la tuvieron a la edad de 9 a 14 años y en ella la mitad de los embarazos. La mayoría de los segundos embarazos terminaron en parto, la minoría en cesárea y aborto. La captación para los controles prenatales fue tardía y en algunos casos no cumplieron con las citas programadas.

En los aspectos psicológicos se pudo determinar que mantienen una relación inestable con la pareja desde el momento de enterarse del embarazo, dado

que la mayoría no planificó embarazarse; a su vez, lograron mantener un soporte familiar, moral y económico, este último factor asumido por los padres, abandonaron sus estudios y presentaron malestares como estrés, depresión y tristeza.

Finalmente, dentro de los aspectos Sociales se identificó que predominó la convivencia con la familia extensa (padres, familiares, hijos, entre otros). Con relación a la actitud asumida durante el embarazo hubo aceptación en el colegio y la mayoría de los amigos, las otras personas solo la mitad lo aceptaron.

2.3. Bases teóricas

Teniendo en cuenta la parte epistemología y los antecedentes del estudio anteriormente expuesto, iniciaremos una breve narrativa de las bases teóricas de la adolescencia que consideramos más relevantes. No profundizaremos en los contenidos positivos de cada una de las teorías, sino en los mínimos e imprescindibles contenidos descriptivos y explicativos de las mismas.

Teorías psicoanalíticas

La teoría psicoanalítica describe el desarrollo fundamentalmente como un proceso inconsciente, es decir, más allá de la conciencia e intensamente teñido por las emociones. Los teóricos psicoanalíticos consideran que el comportamiento sólo es una característica superficial y que, para entender verdaderamente el desarrollo, tenemos que analizar los significados simbólicos del comportamiento y el funcionamiento interno de la mente. Los teóricos psicoanalíticos también hacen hincapié en la idea de que las experiencias tempranas con los padres moldean considerablemente el desarrollo. Estas características se reflejan claramente en la principal teoría psicoanalítica de Sigmund Freud. (Doyi, 2016)

Teoría de Freud

Sigmund Freud, creía que la personalidad estaba compuesta por tres estructuras diferentes:

- el id o ello
- el ego o yo
- el superego o superyo

El id o ello, es la estructura freudiana de la personalidad que está integrada por los instintos, los cuales constituyen la reserva de energía psíquica de una persona. En la teoría de Freud, el id es completamente inconsciente; no tiene ningún contacto con la realidad. Cuando los niños experimentan las exigencias y restricciones impuestas por la realidad, emerge una nueva estructura de la personalidad “el ego o yo”. El ego se denomina la «rama ejecutiva» de la personalidad porque toma decisiones racionales. El id y el ego no tienen moralidad, no tienen en cuenta si las cosas están bien o mal. Por el contrario, el superego o superyó, la tercera estructura freudiana de la personalidad, es la «rama moral» de la personalidad. El superego tiene en cuenta si las cosas están bien o mal (conciencia). (como se cita en Doyi, 2016)

Freud creía que la vida de los adolescentes está llena de tensiones y conflictos. Para reducir estas tensiones, los adolescentes mantienen la información bloqueada en su mente inconsciente. Creía que hasta los comportamientos más triviales tienen un significado especial cuando se descubren las fuerzas inconscientes que hay detrás de ellos. Según Freud, una contracción nerviosa, un tartamudeo, una broma, o una sonrisa pueden tener un motivo inconsciente para aparecer. (Doyi, 2016)

Kar, Choudhury & Singh (2015) señala que Sigmund Freud había propuesto su teoría del desarrollo psicosexual, en la que describía la fase oral, la fase anal, la fase fálica, la fase de latencia y la fase genital como los pasos de referencia del desarrollo psico-sexual. Durante estas fases, las diferentes partes del cuerpo se comportan como la mayoría de los erotógenos y los intentos individuales de explorar o estimular estas zonas erotógenas para obtener gratificación. A continuación se describe el comienzo de las fases del desarrollo psicosexual durante el tiempo de vida.

Fases del desarrollo psico-sexual

Fases	Ciclo de vida
Oral	0 a 18 meses
Anal	18 meses -3 años
Fálica	3-5 años
Latencia	5 años hasta la pubertad
Genital	Pubertad hasta el final de la vida

Traducido y adaptado de Kar, Choudhury & Singh (2015)

El desarrollo adolescente, además de ser el momento del despertar de la sexualidad es también es una etapa de gran excitación nerviosa, de ansiedad, de fobia genital y de alteraciones de la personalidad, debido a la urgencia genital y a no saber qué hacer para remediarla.

Muchos de los autores psicoanalíticos contemporáneos hacen menos hincapié en los instintos sexuales, poniendo un mayor énfasis en las experiencias culturales como determinantes del desarrollo individual. Tal como lo menciona Erikson, otro psicoanalista del cual analizaremos a continuación:

Teoría de Erickson

Erick Erikson, reinterpretó las fases psicosexuales elaboradas por Freud y enfatizó los aspectos sociales de cada una de ellas en cuatro aspectos principales: primero, incrementó el entendimiento del 'yo' como una fuerza intensa, vital y positiva, como una capacidad organizadora del individuo con poder de reconciliar las fuerzas sintónicas y las distónicas, así como de solucionar las crisis que surgen del contexto genético, cultural e histórico de cada individuo. Segundo, explicitó profundamente las etapas de desarrollo psicosexual de Freud, integrando la dimensión social y el desarrollo psicosocial. Tercero, extendió el concepto de desarrollo de la personalidad para el ciclo completo de la vida, de la infancia a la vejez. Finalmente, exploró el impacto de la cultura, de la sociedad y de la historia en el desarrollo de la personalidad, intentando ilustrar este estudio como una presentación de historias de personas importantes. (como es citado en Bordignon, 2005)

Es decir, su principal trabajo fue extender los estudios del contexto del psicoanálisis del desarrollo psicosexual hacia el contexto del desarrollo psicosocial del ciclo de vida completo de la persona, (...) también reconoce la importancia de la presencia de personas significativas, como elemento cultural en la formación de vida de las personas, bien como una representación de la jerarquización de los principios relacionados de Orden Social que interactúan en la formación cultural de la persona. (Bordignon, 2005)

A diferencia de las fases psicosexuales de Freud, para Erikson eran de carácter social y reflejaba el deseo de afiliarse con otras personas, las mismas que se expresan en ocho estadios psicosociales que abarcan todo el ciclo vital. Cada uno de ellos se centra en una sola tarea evolutiva que enfrenta a la persona a una crisis que debe superar.

ESTADIOS DE DESARROLLO PSICOSOCIAL SEGÚN ERICKSON

ESTADIOS DE DESARROLLO PSICOSOCIAL

ESTADIO I: CONFIANZA V/S DESCONFIANZA (0 a 18 meses)

- Corresponde al estadio de infancia o etapa sensorio-oral

Tarea: Desarrollar confianza en el medio, sin eliminar completamente la capacidad para desconfiar.

Virtud: Esperanza y fe

ESTADIO II: AUTONOMÍA V/S VERGÜENZA O DUDA (18 meses a 3 - 4 años)

- Corresponde al llamado estadio anal-muscular de la niñez temprana.

Tarea: Desarrollar autonomía, conservando niveles adecuados de vergüenza y duda.

Virtud: Voluntad, determinación

ESTADIO III: INICIATIVA V/S CULPA (3-4 a 6 años)

- Este es el estadio genital- locomotor o la edad del juego.

Tarea: Generar iniciativa para actuar sin sentir culpa exagerada.

Virtud: Propósito

ESTADIO IV: LABORIOSIDAD V/S INFERIORIDAD (6 a 11 años)

- Corresponde al estadio de latencia.

Tarea: Desarrollar la capacidad para hacer cosas y un sentido de competencia, evitando un sentimiento excesivo de inferioridad.

Virtud: Competencia

ESTADIO V: IDENTIDAD DEL YO V/S CONFUSIÓN DE ROLES (Pubertad hasta los 20 años)

- Corresponde a la adolescencia.

Tarea: Lograr la identidad del YO y evitar la confusión de roles

Virtud: Fidelidad

ESTADIO VI: INTIMIDAD V/S AISLAMIENTO (18-20 años a 30 años)

- Corresponde a la adultez joven.

Tarea: Lograr un nivel adecuado de intimidad, evitando mantenerse en aislamiento.

Virtud: Amor

ESTADIO VII: GENERATIVIDAD V/S AUTOABSORCIÓN (crianza de los hijos a crisis mediana edad)

- Corresponde a la adultez media.

Tarea: Generar un legado para las generaciones futuras, evitando el estancamiento.

Virtud: Capacidad de cuidar

ESTADIO VIII: INTEGRIDAD DEL YO V/S DESESPERANZA (Retiro vida activa-muerte)

- Corresponde a la adultez tardía, también llamada vejez

Tarea: Encontrar un significado para la propia vida, aceptarla al igual que a la muerte que se avecina y lograr el sentimiento de integridad personal.

Virtud: Sabiduría

Adaptado de: Potter Patricia y Perry Griffin

Erikson mantuvo también que cada etapa viene marcada por un conflicto que permite el desarrollo psicológico y madurativo del individuo. Cuando la persona va resolviendo todos y cada uno de los conflictos, experimenta un cambio

cualitativo en su madurez psicológica y cognitiva. Si no lo logra, puede verse estancado y arrastrar una serie de déficits.

3. CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Diseño de Investigación

Enfoque: cuantitativo;

Alcance: descriptivo;

Tipo: no experimental, de corte transversal – descriptivo

3.2. Unidad de análisis

De acuerdo al planteamiento y al alcance del estudio la unidad de análisis fueron las estudiantes adolescentes (mujeres) de 12 a 17 años de edad.

3.3. Población de estudio

Una vez definida la unidad de análisis la población de estudio estaba conformada de 2576 adolescentes (mujeres) de 12 a 17 años pertenecientes a 87 paralelos de las jornadas matutina, vespertina y nocturna de educación básica y bachillerato del Colegio Dr. José María Velasco de la ciudad de Milagro-Ecuador.

3.4. Tamaño de muestra

Quedó constituida por 335 adolescentes que cumplieron con las mismas características etarias; siendo estadísticamente representativa de la población de adolescentes del colegio.

3.5. Selección de muestra

Con el fin de reducir el margen de error en los resultados y que todas las unidades de análisis tengan valores muy parecidos a la población; la selección de la muestra fue probabilística con un tipo de muestreo estratificado, como se observa en el anexo A.

Técnicas de recolección de Datos

Según los objetivos y diseño metodológico de la investigación, la recolección de los datos se hizo a través de una encuesta que permitió realizar el levantamiento de la información relacionados con los factores psicológicos y sociales que intervienen en el embarazo adolescente. La recolección de datos estuvo estructurada en tres etapas que se detallan a continuación:

3.5.1. Etapa inicial

Las concepciones y apartados expuestos en el marco teórico fueron las fuentes que sirvieron para la formulación de las preguntas del instrumento, tal como se aprecia en el anexo B. La encuesta estuvo estructurada por factores psicológicos y sociales en la que se incluyeron preguntas cerradas para medir variables objeto de estudio.

En primera instancia, el cuestionario fue validado con el criterio de especialistas con experiencia en el área del conocimiento a través de una ficha de validación, lo que permitió estimar la validez de contenido, constructo y criterio de la prueba y el reajuste del instrumento, el mismo que se puede identificar en el anexo C. Inicialmente el cuestionario fue conformado por 30 ítems y luego de la validación la encuesta quedó estructurada por 22 preguntas para mayor comprensión del encuestado. Se solicitó a la dirección del colegio el permiso para realizar la encuesta y a su vez se desarrolló el consentimiento informado de todos los participantes donde se indicó entre otros

aspectos que no existía ningún tipo de riesgos al participar en la investigación y se garantizó el anonimato de todos los participantes.

3.5.2. Etapa proceso

A través de los inspectores generales de cada jornada, las estudiantes fueron invitadas a completar y devolver voluntariamente el cuestionario anónimo dividido en varias secciones. La primera sección estuvo estructurada para identificar los factores psicológicos relacionados con las características de la adolescencia, el conocimiento sobre sexualidad, salud sexual reproductiva, complicaciones en el embarazo, métodos anticonceptivos y respecto a los factores sociales se plantearon preguntas sobre características del comportamiento social, tipo de familia y percepción del comportamiento familiar frente al embarazo y consecuencias, empleo, desempleo e ingreso económico.

Se capacitaron a tres grupos de encuestadores conformados a través de nueve docentes, un grupo de tres para cada jornada académica (matutina, vespertina y nocturna) y de acuerdo a la etapa adolescente en la que se encontraban (adolescencia temprana, intermedia y tardía); por ser un estudio de tipo transversal descriptivo, el levantamiento se lo planificó con el propósito de describir primero las variables incluidas en la investigación, para luego establecer las relaciones entre variables más importante en un momento determinado.

3.5.3. Etapa final

Para el procesamiento y análisis de la información se utilizó la estadística descriptiva a través del programa estadístico epi info para poder presentar los resultados en distribuciones de frecuencia simple y la correlación de variables mediante las pruebas de Chi-cuadrado; lo que permitió realizar un análisis cuantitativo a los datos obtenidos.

4. CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Análisis, interpretación y discusión de resultados

Respecto a los datos generales, en las estudiantes adolescentes del colegio Dr. José María Velasco Ibarra predominó la edad de 16 a 17 años (adolescencia intermedia) las mismas que residen en el sector urbano de la ciudad de Milagro.

De acuerdo a los factores psicológicos relacionados con las características de la adolescencia según las etapas, se observa que las adolescentes que están en la edad intermedia, están conscientes de los cambios biológicos que han tenido a través del desarrollo sus órganos genitales, al mismo tiempo, la gran mayoría han iniciado sus relaciones sexuales asumiendo conductas generadoras de riesgos. Tres de cuatro adolescentes comparten valores y conflictos con sus padres y además se preocupan por su apariencia física y la pertinencia a un grupo de pares.

Estos resultados coinciden con las concepciones de Gouws, Kruger, Kruger, & Snyman del 2008 en la que manifestaron que la adolescencia se define como la fase de desarrollo en el ciclo de la vida humana que está situado entre la niñez y la adultez y se caracteriza por el rápido crecimiento y desarrollo físico, con notables cambios sociales y emocionales. En este sentido y como lo mencionamos en el marco teórico, la adolescencia empieza con la biología y acaba con la cultura. Las primeras señales o características para indicar el final de la infancia e inicio de la adolescencia son los cambios físicos de la pubertad. Estos cambios se refieren principalmente al crecimiento y cambio corporal y a la maduración sexual.

Siguiendo el mismo análisis de los factores psicológicos, las características que las adolescentes identifican en su grupo de amigos/as esta la amistad y la aceptación de un grupo. Por su parte, las preferencias que tienen de las

actividades para pasar el tiempo libre, es chatear en la computadora, escuchar música, ir al cine, discoteca o paseos con amigos y en menor proporción son los paseos familiares, hacer deportes, entre otras actividades.

Todos estos cambios biopsicosociales son considerados factores de riesgos para los adolescentes, dado que es una etapa en la que los jóvenes aprenden a conocerse, forman amistades, intercambian opiniones y tienen ideas definidas, tal como lo señala López, Botell, Valdespino, Ambrosio, & Martín en su estudio.

Sobre el conocimiento sobre sexualidad y salud reproductiva, la mayor concentración de datos se encuentra en que las adolescentes entienden los cambios corporales. Es decir, entienden los cambios Psico físicos. En cuanto al conocimiento sobre salud sexual reproductiva manifiestan que este tema está relacionado con que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria; con las enfermedades de transmisión sexual y por último con el derecho de la pareja a ejercer su sexualidad libre del temor a un embarazo no deseado. Además mencionamos que la información es recibida en la misma institución educativa y en sus hogares. Estos resultados podemos asociarlos con las ideas presentadas por Kar, Choudhury & Singh en el 2015, en la que mantienen que a adolescencia intermedia tiene lugar el desarrollo cognitivo; los adolescentes desarrollan el pensamiento y razonamiento abstractos. En este sentido, podemos decir que las adolescentes han comenzado a tener un pensamiento un pensamiento más reflexivo a través de la inducción y deducción, para tomar decisiones basadas en sus propias conclusiones.

Referente al conocimiento de los métodos para prevenir un embarazo, las adolescentes encuestadas manifestaron que la medida mayormente utilizada fue el preservativo (condón) seguido de anticonceptivo oral y abstinencia sexual. Sobre el embarazo adolescente, manifestaron que el 12 por ciento han estado embarazadas y a su vez el 55% expresó que si tiene algún conocimiento de las complicaciones que pueden tener en un embarazo no planificado.

Estos resultados se asemejan en gran parte a los publicados por la Universidad Autónoma de México en el 2016; en el estudio se reporta que el 87 por ciento usaron condón; el resto optó por el coito interrumpido, la píldora del día después o no utilizó algún método. Entre las 365 alumnas que ya han tenido relaciones sexuales, 347 no han estado embarazadas; 18 sí y, de ellas, 14 abortaron.

En el contexto de las complicaciones del embarazo en la adolescencia, los resultados indican que las estudiantes tienen un nivel alto de desconocimiento sobre estos temas (42%), y de las que tenían conocimiento relacionaron las complicaciones con los problemas al nacer y del desarrollo del niño, enfermedades o pérdida de su vida, con el aborto y malformaciones en los niños; complicaciones como el rechazo de sus familiares, no completar sus estudios, separaciones, la falta de dinero e inclusive pasar hambre y de los malestares del embarazo.

En este sentido, Cunha nos aporta con las ideas que expone en su estudio, el mismo que cita que “el embarazo adolescente ha sido ampliamente reconocido como un problema de salud pública a nivel mundial, debido a su alta prevalencia y mortalidad. Las madres adolescentes tienen una mayor tasa de mortalidad puesto que existen resultados adversos del lactante, como bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y muerte infantil, lo que incrementa la posibilidad de muerte de la madre y del producto; estos factores de riesgos son más comunes entre los niños cuyas madres tienen entre 15 y 19 años de edad”.

En el contexto social, los resultados muestran que las adolescentes conviven en un entorno familiar funcional; en cuanto al comportamiento familiar, las adolescentes que dentro del hogar están las personas que les brindan consejos de vida. Sin embargo indica que en el caso de estar embarazadas la actitud que tomaría la familia sería entrar en una etapa de transformación y cambios de funcionamiento. Otro aspecto importante, es que las estudiantes evidencian preocupación sobre este tema al señalar que las consecuencias

ante un embarazo no planificado sería el abandono de la pareja, problemas familiares y la deserción escolar.

En virtud de lo expuesto, estos datos son similares a los resultados de tres estudios que se encuentran planteados en el marco de referencia. Por una parte, Osaikhuwuomwan & Osemwenkha en el 2013 señalan que las madres adolescentes constantemente están en riesgo psicológico dado que experimentan niveles más altos de estrés, desesperación, depresión, (...). En cambio, Ahmad, Gill, & Kocheleva publicaron en el 2014 que alrededor de la mitad de las madres adolescentes abandonan la escuela secundaria por lo que son más propensas a tener problemas de salud y ser víctimas de abusos. El tercer estudio nos dice que en un embarazo no planificado existe una relación débil de pareja y en muchos casos fortuita u ocasional, lo cual determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, amigos y maestros; comportamiento que generalmente conduce a la detección y el control prenatal tardío o insuficiente, con sus consecuencias negativas antes y después del nacimiento. (Cruz, 2004)

Finalmente, referente a los ingresos y nivel socio – económico de la familia, los encuestados manifestaron que tenían un salario básico y categorizaron a su familia dentro de un nivel socio económico medio. En el mismo estudio expuesto anteriormente de Osaikhuwuomwan & Osemwenkha, mantienen que la alta tasa de embarazo adolescente en los países en desarrollo, se ha atribuido a factores tales como: falta de conocimiento de la sexualidad, influencia del grupo de pares, falta de conocimiento y/o uso ineficaz de anticonceptivos, bajo nivel socioeconómico, inestabilidad familiar, edad temprana de matrimonio y cultura, y además de los riesgos médicos, las implicaciones económicas para la madre adolescente y su hijo son de gran importancia y están directamente ligados con el nivel académico de la madre adolescente, los ingresos económicos y la oportunidad de empleo.

4.2. Presentación de resultados

Tabla 1 Edad y lugar de residencia de las adolescentes de 12 a 17 años del colegio Fiscal Dr. José María Velasco Ibarra de la ciudad de Milagro-Ecuador; 2013-2016

EDAD	EMBARAZADAS		NO EMBARAZADAS		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
12 años	0	0%	23	8%	23	7%
13 años	1	2%	46	16%	47	14%
14 años	1	2%	71	24%	72	21%
15 años	4	10%	34	12%	38	11%
16 años	15	36%	67	23%	82	24%
17 años	21	50%	52	18%	73	22%
TOTAL	42	100%	293	100%	335	100%
RESIDENCIA						
Rural	5	12%	90	31%	95	28%
Urbano	28	67%	194	66%	222	66%
Urbano marginal	9	21%	9	3%	18	5%
TOTAL	42	100%	293	335	335	100%

Fuente. Base de datos

El análisis y la interpretación de resultados permitieron determinar que la edad de las estudiantes adolescentes del colegio Dr. José María Velasco Ibarra de la ciudad de Milagro fluctúa entre las edades de 14 a 17 años de edad, de las cuales, el 24% pertenece a las adolescente no embarazadas que tienen una edad de 14 años, mientras que dentro del grupo etario de las adolescentes embarazadas, la edad con mayor concentración de datos es 17 años de edad. Por otra parte, tanto las adolescentes embarazadas como las no embarazadas en su gran mayoría residen en el sector urbano de la ciudad de Milagro con el 66%, seguido con el 28% que habita en la zona rural y el 5% reside en sectores urbanos marginales.

Tabla 2 Factores psicológicos que influyen en las características de los adolescentes

Etapas	Características	EMBARAZADAS		NO EMBARAZADA	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Adolescencia temprana					
	Período peri-puberal	3	7,14%	83	28,33%
	Menarquia	1	2,38%	121	41,30%
	Pierde interés por los padres	28	66,67%	25	8,53%
	No controla impulso	2	4,76%	6	2,05%
	Apariencia física	8	19,05%	58	19,80%
	TOTAL	42	100,00%	293	100,00%
Adolescencia Intermedia					
	Desarrollan todos los órganos de la reproducción y se producen cambios físicos	11	26,19%	113	38,57%
	Inicio de experiencia y actividad sexual y asumen conductas generadoras de riesgo	23	54,76%	47	16,04%
	Comparten valores y conflictos con sus padres	0	0,00%	38	12,97%
	Máxima relación con sus pares	0	0,00%	34	11,60%
	Muy preocupados por apariencia física	8	19,05%	61	20,82%
	TOTAL	42	100,00%	293	100,00%
Adolescencia tardía					
	No presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal	11	26,19%	76	25,94%
	El estar embarazada no garantiza que madura en su carácter y conductas	24	57,14%	155	52,90%
	Concilian con los padres y sus valores reflejan actitudes más de adulta	5	11,90%	38	12,97%
	Los pares van perdiendo importancia	1	2,38%	14	4,78%
	Evidencian valores con metas vocacionales reales	1	2,38%	10	3,41%
	TOTAL	42	100,00%	293	100,00%

Fuente. Base de datos

La tabla muestra que las adolescentes no embarazadas que pertenecen a la adolescencia temprana conocen las características de su etapa, mientras que las adolescentes embarazadas no tienen claro cuales son los factores psicológicos que influyen en las características de los adolescentes a esa edad. Por otra parte, en la adolescencia intermedia, el 28% de las adolescentes no embarazadas están conscientes de los cambios que se tienen en esta etapa, es decir, la mayoría conoce sobre el desarrollo de todos los órganos de la reproducción y los cambios físicos que se producen en ellas. El 13% de las adolescentes comparten valores y conflictos con sus padres y también se refleja que el 21% se preocupan por su apariencia física. Mientras que las adolescentes embarazadas evidencian que desconocen las características dado que dan como respuestas que una de las características es iniciar las relaciones sexuales. Respecto a la etapa tardía, los dos grupos de adolescentes conocen las características de esta etapa.

Tabla 3 Conocimiento sobre sexualidad y salud reproductiva como factores psicológicos que influyen en el embarazo de las adolescentes embarazadas y no embarazadas.

Descripción	Embarazadas		No Embarazada		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Conocimiento/Sexualidad						
Entender los cambios del cuerpo y considerarlos normales	22	52,38%	162	55,29%	184	54,93%
Forma de evitar una infección de transmisión sexual	1	2,38%	23	7,85%	24	7,16%
Inicia al nacer y se manifiesta por sentimientos, emociones y acciones	5	11,90%	54	18,43%	59	17,61%

La sexualidad está limitada a la genitalidad y tener relaciones sexuales	2	4,76%	30	10,24%	32	9,55%
Me da vergüenza hablar sobre sexo	8	19,05%	0	0,00%	8	2,39%
Satisfacción de necesidad y deseo sexual	4	9,52%	18	6,14%	22	6,57%
Siento temor de tener sexo porque puedo resultar en un embarazo	0	0,00%	6	2,05%	6	1,79%
Sub total	42	12,54%	293	87,46%		
Total					335	100%
Conocimientos sobre salud sexual reproductiva						
Derecho de la pareja a ejercer su sexualidad libre del temor a un embarazo no deseado.	9	23,08%	31	10,58%	40	12,05%
Estar embarazada	1	2,56%	17	5,80%	18	5,42%
Evitar las enfermedades de transmisión sexual.	9	23,08%	102	34,81%	111	33,43%
No conoce	1	2,56%	0	0,00%	1	0,30%
Las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria.	16	41,03%	132	45,05%	148	44,58%
Tener hijos aunque no se forme una familia.	3	7,69%	11	3,75%	14	4,22%
Sub total	42	12,54%	293	87,46%		
Total					335	100%

Fuente. Base de datos

Alrededor del 55% de las adolescentes embarazadas y no embarazadas entienden los cambios psicofísicos. Asimismo, en cuanto a la salud sexual reproductiva el 41,03% y el 45,05% de las adolescentes embarazadas y no embarazadas respectivamente manifiestan que la salud sexual reproductiva es que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria. Por otra parte, un grupo de adolescentes cree que este tema está relacionado con la prevención de enfermedades de transmisión sexual. El 12% señala que la salud sexual es el derecho de la pareja a ejercer su sexualidad libre del temor a un embarazo no deseado. Finalmente, menos del uno por ciento desconoce sobre este tema.

Tabla 4. Fuentes de información como factor social del Embarazo en la Adolescencia

Fuente de información	Embarazadas		No Embarazadas		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Colegio	24	57,14%	100	34,13%	124	37,01%
Familia	5	11,90%	91	31,06%	96	28,66%
Medios de comunicación masiva	0	0,00%	62	21,16%	62	18,51%
Servicios de Salud	11	26,19%	23	7,85%	34	10,15%
Investigación a través del Internet	2	4,76%	17	5,80%	19	5,67%
Sub total	42 (n)	12,54%	293 (n)	87,46%		
Total					335	100,00%

Fuente. Base de datos

Respecto a las fuentes de información como factor social del embarazo se observa que el 46% las adolescentes embarazadas y no embarazadas recibieron la información en el colegio. Así también, otro grupo de adolescentes, mostro que existe una marcada diferencia entre ellas, dado que las adolescentes no embarazadas recibieron la información por parte de su familia con el 31% y solo el 11% de las embarazadas recibió la información de su entorno familiar.

Tabla 5. Conocimiento de las Adolescentes sobre las complicaciones en el embarazo

Complicaciones en el embarazo	Embarazadas		No Embarazadas		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
No conoce	12	8,45	130	91,55	142	42,39%
Problemas, desarrollo intrauterino, enfermedades y daños al nacer, o pérdida de vida materna.	5	8,62	53	91,38	58	17,31%
Abortos	3	12,50	21	87,50	24	7,16%
Malformaciones en los niños, quedar estéril o muerte materna	5	20,83	19	79,17	24	7,16%
Complicaciones, rechazo de sus familiares, no completar estudios, separaciones, falta de dinero y pasar hambre.	0	0,00	18	100,00	18	5,37%
Los malestares del embarazo. Las contracciones de los primeros meses. La falta de apetito.	6	33,33	12	66,67	18	5,37%
El niño no se desarrollar bien, riesgo de	1	6,25	15	93,75	16	4,78%

desconocer hacerse los chequeos maternos						
Anemia	0	0,00	11	100,00	11	3,28%
Pre eclampsia	0	0,00	8	100,00	8	2,39%
Convulsiones o riesgo de perder la vida por ser menor de edad	4	100,00	0	0,00	4	1,19%
Parto es muy complicado	4	100,00	0	0,00	4	1,19%
Defensas del niño en ocasiones pone en riesgo la vida de uno de los dos	0	0,00	4	100,00	4	1,19%
No todas las chicas quedan sanas	2	50,00	2	50,00	4	1,19%
Sub total	42 (n)	12,54%	293 (n)	87,46%		
Total					335	100,00%

Fuente. Base de datos

En cuanto al conocimiento de las complicaciones del embarazo en la adolescencia, ambos grupos de adolescentes (42,39%) manifestaron que No conocían, y el 17,31%, de las que tenían conocimiento indicaron que son los problemas al nacer o en el desarrollo del niño, enfermedades o pérdida de su vida sino se cuida debidamente; seguido de abortos y malformaciones en los niños, quedar estéril o muerte materna con el 7,16% proporcionalmente; complicaciones como el rechazo de sus familiares, no completar sus estudios, separaciones, la falta de dinero e inclusive pasar hambre y de los malestares del embarazo, contracciones en los primeros meses, falta de apetito con el 5,37% respectivamente; que el niño no se puede desarrollar bien y el riesgo de no saber hacerse los chequeos para evitar alguna enfermedad al niño o a la madre con el 4,78%; anemia con 3,38%, entre otras.

Para precisar sobre la relación entre los factores psicológicos que contribuyen a la prevalencia del embarazo en la adolescencia. Se realizaron las pruebas del

X² con un nivel de significancia del 95% y con un valor de $p \leq$, se muestran los resultados globales y los procedimientos estadísticos están en anexos D

En relación al conocimiento:

Ho: El conocimiento de las consecuencias en el embarazo no está relacionado con el embarazo

Prueba Chi²

p-value 0.052686612
 Nivel de significancia (alfa) 0.05
 Se rechaza la Ho cuando el p-value < nivel de significancia (0,05)

Resultado

Como el valor de p es mayor que 0,05 no se rechaza la Hipótesis Nula, por lo tanto no hay evidencia estadística para afirmar que el conocimiento de las consecuencias en el embarazo está asociado al embarazo.

Ho: El conocimiento de los métodos anticonceptivos no está relacionado con el embarazo

Prueba Chi²

p-value 3.98729E-14
 Nivel de significancia (alfa) 0.05
 Se rechaza la Ho cuando el p-value < nivel de significancia (0,05)

Resultado

Como p-value es menor que 0,05 se rechaza la Hipótesis Nula, por lo tanto hay evidencia estadística para afirmar que el conocimiento en los métodos anticonceptivos está asociado al embarazo.

De los resultados obtenidos podemos precisar que el conocimiento de las consecuencias del embarazo no están relacionadas con el embarazo mientras que el conocimiento de los métodos anticonceptivos está muy relacionado con el embarazo.

En este sentido, Coelho, Fábio Monteiro da Cunha, y colb. (2013). En su estudio Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. También encuentra correlación entre desconocimiento de métodos anticonceptivos con aumento de embarazos en adolescentes, y menciona que “el embarazo adolescente ha sido ampliamente reconocido como un problema de salud pública a nivel

mundial, debido a su alta prevalencia y mortalidad. Las madres adolescentes tienen una mayor tasa de mortalidad puesto que existen resultados adversos del lactante, como bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y muerte infantil, lo que incrementa la posibilidad de muerte de la madre y del producto; estos factores de riesgos son más comunes entre los niños cuyas madres tienen entre 15 y 19 años de edad”.

Los resultados sobre las características del comportamiento social de las adolescentes se muestran en la tabla N° 7, y el tipo de familia de procedencia en la tabla N° 8 respectivamente.

Tabla 6 Características del comportamiento social identificadas por las adolescentes que influyen en el embarazo

Variables	Escala	Embarazadas		No Embarazadas		Total	
		F	%	f	%	f	%
Características que identifican las adolescentes del comportamiento social	Amistad y aceptación	25	59,52%	208	70,99%	233	69,55%
	Aumento de confianza y Autoestima	13	30,95%	41	13,99%	54	16,12%
	Convivencia difícil	0	0,00%	6	2,05%	6	1,79%
	Desarrollan e interactúan	0	0,00%	26	8,87%	26	7,76%
	Relación estrecha con 1 a 2 personas	4	9,52%	12	4,10%	16	4,78%
Actividad realizadas en el tiempo libre	Actividades de la iglesia	3	7,14%	18	6,14%	21	6,27%
	Chatear en computadora, escuchar música, ir al cine, discoteca, paseos con amigos	16	38,10%	120	40,96%	136	40,60%
	Danza			4	1,37%	4	1,19%
	Dormir	4	9,52%	0	0,00%	4	1,19%
	Pasar en casa con la familia	0	0,00%	4	1,37%	4	1,19%
	Paseos familiares	9	21,43%	81	27,65%	90	26,87%
	Realizar deportes	10	23,81%	54	18,43%	64	19,10%
	Realizar tareas extra clase	0	0,00%	12	4,10%	12	3,58%
	Sub total	42	12,54%	293	87,46%		
	Total					335	100,00%

Fuente. Base de datos

Dentro de los factores psicológicos, el 69,55% resalta que las características que primero identifican en su grupo de pares es la amistad y aceptación y menor proporción el aumento de confianza y autoestima con 16,12%. Respecto al tiempo libre, el 40,60% prefiere chatear en la computadora, escuchar música, ir al cine, discoteca o paseos con amigos, en menor proporción son los paseos familiares, hacer deportes, entre otras actividades.

Tabla 7 Tipo de familia y percepción del comportamiento familiar frente al embarazo y consecuencias en la adolescente

Variables	Características	Embarazadas		No Embarazadas		Total	
		F	%	f	%	f	%
Tipo de familia	Disfuncional	1	2,38%	49	16,72%	50	14,93%
	Funcional	41	97,62%	244	83,28%	285	85,07%
	Descuidados	0	0,00%	4	1,37%	4	1,19%
Percepción del comportamiento familiar	Son las personas que me dan consejos de vida	16	38,10%	139	47,44%	155	46,27%
	Son los que ponen límites	2	4,76%	10	3,41%	12	3,58%
	Con mi familia no poseo relación agradable	2	4,76%	6	2,05%	8	2,39%
	Con mi familia poseo una relación agradable	10	23,81%	72	24,57%	82	24,48%
	Son compañía	12	28,57%	12	4,10%	24	7,16%
	Son protectores	0	0,00%	50	17,06%	50	14,93%
	Sub total	42	12,54%	293	87,46%		
	Total					335	100,00%

Fuente. Base de datos

Al efectuar la identificación familiar, se consideró valorar el tipo de familia, existiendo familias funcionales en el 85% de las encuestadas; en cuanto al comportamiento familiar, los adolescentes en el 46% manifestaron que son las personas que les dan consejos de vida, seguido del 24,48% que su familia es agradable y posee una buena relación, 14,93% piensan que su familia es protectora, entre otros

En el contexto social, los resultados muestran que las adolescentes conviven en un entorno familiar funcional; en cuanto al comportamiento familiar, las adolescentes que dentro del hogar están las personas que les brindan consejos de vida. Sin embargo indica que en el caso de estar embarazadas la actitud que tomaría la familia sería entrar en una etapa de transformación y cambios de funcionamiento. Otro aspecto importante, es que las estudiantes evidencian preocupación sobre este tema al señalar que las consecuencias ante un embarazo no planificado sería el abandono de la pareja, problemas familiares y la deserción escolar.

En virtud de estos resultados, son similares a los resultados de tres estudios que se encuentran planteados en el marco de referencia. Por una parte, Osaikhuwuomwan & Osemwenkha en el 2013 señalan que las madres adolescentes constantemente están en riesgo psicológico dado que experimentan niveles más altos de estrés, desesperación, depresión, (...).

En cambio, Ahmad, Gill, & Kocheleva publicaron en el 2014 que alrededor de la mitad de las madres adolescentes abandonan la escuela secundaria por lo que son más propensas a tener problemas de salud y ser víctimas de abusos. El tercer estudio nos dice que en un embarazo no planificado existe una relación débil de pareja y en muchos casos fortuita u ocasional, lo cual determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, amigos y maestros; comportamiento que generalmente conduce a la detección y el control prenatal tardío o insuficiente, con sus consecuencias negativas antes y después del nacimiento. (Cruz, 2004)

Tabla 8 Consecuencias de embarazo no planeado en la familia, como factores sociales

CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO NO PLANEADO	Embarazadas		No Embarazadas		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Abandono de la pareja	10	7,25%	128	92,75%	138	41,19%
Problemas familiares	12	14,63%	70	85,37%	82	24,48%
Inexperiencia para criar y cuidar al bebé	8	13,79%	50	86,21%	58	17,31%
Expulsión familiar	2	9,09%	20	90,91%	22	6,57%
Ninguno	8	66,67%	4	33,33%	12	3,58%
Pérdida del año escolar	2	20,00%	8	80,00%	10	2,99%
Problemas económicos	0	0,00%	9	100,00%	9	2,69%
Todos los anteriores	0	0,00%	4	100,00%	4	1,19%
Total	42	12,54%	293	87,46%		

Fuente. Base de datos

De las adolescentes encuestadas, el 41,19% cree que una de las principales consecuencias de un embarazo no planeado es el abandono de la pareja, mientras que el 24,48% indica en esta situación se desarrollan problemas familiares, seguido del 17,31% que manifiesta que no tienen experiencia para criar y cuidar un niño. En menor proporción (6,57%) señalan que la expulsión de la familia sería una consecuencia. Finalmente, el 3% creen también que la pérdida del año escolar sería una amenaza en sus vidas.

Para precisar sobre la relación entre los factores sociales que contribuyen a la prevalencia del embarazo en la adolescencia. Se realizaron las pruebas del X² con un nivel de significancia del 95% y con un valor de $p \leq$, se muestran los resultados globales y los procedimientos estadísticos están en anexos D

En relación a los factores sociales:

Ho: Los factores sociales no están relacionados con el embarazo

Prueba Chi2

p-value 2.58553E-07
 Nivel de significancia (alfa) 0.05
 Se rechaza la Ho cuando el p-value < nivel de significancia (0,05)

Resultado

Como el valor de p es menor que 0,05 se rechaza la Hipótesis Nula, por lo tanto hay evidencia estadística para afirmar que los factores sociales están asociados con el embarazo.

Ho: Las actividades en tiempo libre no están relacionados con el embarazo

Prueba Chi2

p-value 9.06805E-06
 Nivel de significancia (alfa) 0.05
 Se rechaza la Ho cuando el p-value < nivel de significancia (0,05)

Resultado

Como el valor de p es menor que 0,05 se rechaza la Hipótesis Nula, por lo tanto hay evidencia estadística para afirmar que las actividades en tiempo libre influyen en el embarazo.

Ho: El tipo de familia no está relacionado con el embarazo

Prueba Chi2

p-value 0.01470751
 Nivel de significancia (alfa) 0.05
 Se rechaza la Ho cuando el p-value < nivel de significancia (0,05)

Resultado

Como el valor de p es menor que 0,05 se rechaza la Hipótesis Nula, por lo tanto hay evidencia estadística para afirmar que el tipo de familia influye en el embarazo.

Ho: El comportamiento familiar no está relacionado con el embarazo

Prueba Chi2

p-value 0.627669103
 Nivel de significancia (alfa) 0.05
 Se rechaza la Ho cuando el p-value < nivel de significancia (0,05)

Resultado

Como el valor de p es mayor que 0,05 no se rechaza la Hipótesis Nula, por lo tanto no hay evidencia estadística para afirmar que el comportamiento familiar influye en el embarazo.

Podemos precisar que los factores sociales; tipo de familia, y las actividades de tiempo libre si están relacionados con el embarazo de las adolescentes, mientras que el comportamiento familiar no se relacionan.

Finalmente, referente a los ingresos y nivel socio – económico de la familia, los resultados de las encuestadas se muestran en la tabla N° 10, ellas manifestaron que sus familias tenían un salario básico y categorizaron a su familia dentro de un nivel socio económico medio.

Tabla 9 Ingresos económicos familiar y nivel socioeconómico, como factores sociales

INGRESOS ECONÓMICOS	EMBARAZADAS		NO EMBARAZADAS		TOTAL	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Salario básico	12	8,45%	130	91,55%	142	42,39%
Desconozco	13	13,00%	87	87,00%	100	29,85%
Mayor salario básico	10	18,87%	43	81,13%	53	15,82%
Menos salario básico	7	17,50%	33	82,50%	40	11,94%
NIVEL DE SOCIOECONÓMICO						
Alto	1	2%	14	5%	15	4%
Medio	35	83%	254	87%	289	86%
Bajo	6	14%	25	9%	31	9%
Sub total	42	12,54%	293	87,46%	335	100,00%
Total						

Fuente. Base de datos

En lo que respecta a ingresos y nivel socio – económico de la familia, el 42,39% de los encuestados manifestaron que tienen un sueldo mayor al salario básico, mientras que el 15,82% indicó que la familia percibe un salario básico, seguido del 12% que manifestó que sus ingresos es menor a un salario básico y finalmente el 30% de las encuestadas desconoce los ingresos económicos de su familia. Dentro del mismo contexto económico, se obtuvo

como resultado que el nivel socioeconómico de las familias de las adolescentes es un estrato medio representado por 83% de los estudiantes.

Para precisar sobre la relación entre los factores económicos de la familia o representante legal de los adolescentes y su relación como factores que contribuyen a la prevalencia del embarazo en la adolescencia. Se realizaron las pruebas del X² con un nivel de significancia del 95% y con un valor de $p \leq$, se muestran los resultados globales y los procedimientos estadísticos están en anexos D

Ho: Los niveles de ingresos no están relacionados con el embarazo

Prueba Chi²

p-value	0.079738298
Nivel de significancia (alfa)	0.05
Se rechaza la Ho cuando el p-value < nivel de significancia (0,05)	

Resultado

Como el valor de p es mayor que 0,05 no se rechaza la Hipótesis Nula, por lo tanto no hay evidencia estadística para afirmar que los niveles de ingreso están asociados con el embarazo.

En el mismo estudio expuesto anteriormente de Osaikhuwuomwan & Osemwenkha, mantienen que la alta tasa de embarazo adolescente en los países en desarrollo, se ha atribuido a factores tales como: falta de conocimiento de la sexualidad, influencia del grupo de pares, falta de conocimiento y/o uso ineficaz de anticonceptivos, bajo nivel socioeconómico, inestabilidad familiar, edad temprana de matrimonio y cultura, y además de los riesgos médicos, las implicaciones económicas para la madre adolescente y su hijo son de gran importancia y están directamente ligados con el nivel académico de la madre adolescente, los ingresos económicos y la oportunidad de empleo.

5. CONCLUSIONES

- Los factores psicológicos que influyen a la prevalencia del embarazo en la adolescencia son los propios de los cambios físicos relacionados con el crecimiento, cambio corporal y a la maduración sexual.
- El conocimiento sobre sexualidad y salud reproductiva de las adolescentes es medio, dado que a pesar de conocer los riesgos la gran mayoría ya han iniciado su vida sexual usando como medida de prevención el uso de preservativos. En cuanto a las complicaciones del embarazo en la adolescencia, los resultados indican que las estudiantes tienen un nivel bajo de conocimiento sobre estos temas.
- En el contexto social relacionado con las características del comportamiento social, tipo de familia y percepción del comportamiento familiar frente al embarazo y consecuencias, los resultados muestran que las adolescentes conviven en un entorno familiar funcional.
- Por otra parte, se indica que en el caso de estar embarazadas la actitud que tomaría la familia sería diferente, por lo que se concluye que las adolescentes están constantemente en riesgo dado que experimentan niveles más altos de estrés, desesperación y depresión por lo que son conscientes de que el embarazo podría traer como consecuencias el abandono de la pareja, problemas familiares y la deserción escolar.
- A su vez, se determinó la importancia que tiene para las adolescentes la amistad y aceptación dentro de un grupo social para pasar el tiempo libre conociéndose, formar amistades e intercambiar opiniones a través de redes sociales y diferentes escenarios sociales.
- Finalmente, referente a los ingresos y nivel socioeconómico, las familias a las que pertenecen las adolescentes son de un nivel socioeconómico medio y con un ingreso económico que supera el salario mínimo vital.

6. RECOMENDACIONES

- Ante las evidencias presentadas, se recomienda crear la necesidad de unificar criterios a nivel zonal para diseñar e implementar un programa educativo integral en cuanto a salud sexual y salud reproductiva.
- Promover las prácticas de autocuidado haciendo énfasis en la promoción y prevención de salud para reducir los factores biopsicosocial que intervienen en el embarazo adolescente.
- Diseñar una campaña educativa centrada en la ética, valores y principios morales para el fomento de las buenas prácticas de salud y estilos de vida.
- Estas estrategias deben ser aplicadas en el menor tiempo posible considerando la predisposición que existe en las autoridades del colegio Dr. José María Velasco Ibarra para mejorar la calidad de vida de los adolescentes.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, H. (1993). Nuestros adolescentes: el salto al vacío de una generación. *Revista Educación Y Pedagogía*. Medellín: Universidad de Antioquía.
- Adrián, J., & Rangel, E. (n.d.). La transición adolescente y la educación. In *Aprendizaje y Desarrollo de la Personalidad* (pp. 1–16). Retrieved from <http://www3.uji.es/~betoret/Instruccion/Aprendizaje y DPersonalidad/Curso 12-13/Apuntes Tema 1 La transicion adolescente y la educacion.pdf>
- Ahmad, A., Gill, K., & Kocheleva, M. (2014). Psychological Factors Influencing the Rate of Teenage Pregnancy. Retrieved from <http://ron-sheese.wikidot.com/group-105>
- Beltrán, L. (2006). Embarazo en Adolescentes. *FUNDACIÓN ESCUELA DE GERENCIA SOCIAL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO*, 7. Retrieved from <http://prosalud.org.ve/public/documents/20100804101280942170.pdf>
- Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson . El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50–63. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>
- Código de la niñez y adolescencia. (2014). Ley 100 Registro Oficial 737 del 03 de enero del 2003, última modificación 07 de julio del 2014, (Libro I), 155. Retrieved from <http://www.igualdad.gob.ec/docman/biblioteca-lotaip/1252--44/file.html>
- Cogollo, R. (2012). Aspectos biopsicosociales asociados al embarazo adolescente. *CUIDARTE Revista de Investigación Programa de Enfermería UDES*, 3(1), 385–393. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533179019>
- Constitución de la República del Ecuador. (2011). Decreto Legislativo 0, Registro Oficial 449 del 20 de octubre del 2008, última modificación: 13 de julio del 2011, 1–136.
- Cunha, F. Da, Tavares, R., Azevedo, I., Avila, L. De, Luiciano, D. de M., Rochele, D., ... Karen, T. (2013). Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. *Brazilian Psychiatric Association*, 35(1), 56. <http://doi.org/10.1016>
- Dávila, O. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Última Década*. Valparaíso: Ediciones CIDPA.

- Doyi, A. (2016). Teorías sobre el desarrollo adolescente. Retrieved from <https://terapiaonline.co/psicologia-evolutiva/adolescencia/teorias-sobre-el-desarrollo-adolescente/>
- Figueredo, L., & Vélez, E. (2015). Impacto psicosocial del embarazo en las adolescentes Introducción. *Revista Educación En Valores. Universidad de Carabobo*, 1(23), 18–28. Retrieved from <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/educacion-en-valores/v1n23/art03.pdf>
- González, M., León, M., Pérez, M., Aponte, L., & Pérez, L. (2016). Alteraciones prenatales y conocimientos sobre riesgos biosociales en embarazadas adolescentes. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 41(8), 8. Retrieved from <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/827>.
- Gouws, E., Kruger, N., Kruger, S., & Snyman, D. (2008). *The adolescent* (Tercera Ed). Johannesburg : Heinemann.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2012). *Ecuador en cifras/nacimientos y defunciones*. Quito - Ecuador.
- Kiell, N. (1969). *The Universal Experience of Adolescence*. London: University of London Press.
- Kimmel, D., & Weiner, I. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Ley Organica de Salud. (2012). Ley 67 Registro Oficial Suplemento 423 del 22 de diciembre del 2006 última modificación 24 de enero del 2012. Retrieved from http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf
- López, J. I., Botell, M. L., Valdespino, L., Ambrosio, S., & Martín, S. (2005). Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana Médica*, 21(3-4), 8. Retrieved from http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_3-4_05/mgi313-405.pdf
- Lozano, A. (2014). Teoría de teorías sobre la adolescencia. *Última Década*, 40, 11–36. Retrieved from <http://www.scielo.cl/pdf/udecada/v22n40/art02.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (MSP), & Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). (2015). *Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia*.

Quito.

- Mushwana, L., Monareng, L., Richter, S., & Muller, H. (2015). International Journal of Africa Nursing Sciences Factors influencing the adolescent pregnancy rate in the Greater Giyani Municipality , Limpopo Province – South Africa. *INTERNATIONAL JOURNAL OF AFRICA NURSING SCIENCES*, 2, 10–18. <http://doi.org/10.1016/j.ijans.2015.01.001>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2016). Preparar a la región para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible sobre la salud, capítulo Ecuador.
- Osaikhuwuomwan, J., & Osemwenkha., A. (2013). Adolescents' perspective regarding adolescent pregnancy, sexuality and contraception. *Asian Pacific Journal of Reproduction*, 2(1), 58–62. [http://doi.org/10.1016/52305-0500\(13\)60118-9](http://doi.org/10.1016/52305-0500(13)60118-9)
- Salazar, B., Elizabeth, Á., Lisbeth, S., LC, M., D, L., & Pérez, O. (2006). Aspectos fisiológicos , psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente. *MEDISAN*, 10(3). Retrieved from http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_03_06/san07306.pdf
- Silber, T. (1997). Medicina de la adolescencia: una nueva subespecialidad de la pediatría y la medicina interna en la América del Norte. , 1(1).: Porto Alegre: Centro de Estudios y Pesquisas en Adolescencia.
- Universidad Autónoma de México (UNAM). (2016). Embarazo adolescente: problema de salud pública. *GACETA UNAM ÓRGANO INFORMATIVO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO*, (4816), 35. Retrieved from <http://www.gaceta.unam.mx/20160929/wp-content/uploads/2016/09/290916.pdf>

8. ANEXO A Determinación de la muestra

#paralelos por cursos	Básica Superior / paralelos	Mujeres
	Octavo Grado	179
1	A	32
2	B	31
3	C	29
4	D	30
5	E	29
6	F	28
	NOVENO GRADO	359
1	A	31
2	B	30
3	C	29
4	D	30
5	E	29
6	F	29
7	G	28
8	H	29
9	I	31
10	J	32
11	K	32
12	L	29
	DECIMO	555
1	A	33
1	B	31
2	C	30
3	D	29
4	E	28
5	F	30
6	G	27
7	H	29
8	I	29
9	J	29
10	K	28
11	L	27
12	M	28
13	N	27
14	O	30
15	P	31
16	Q	31
17	R	29
19	S	29
37	Total	1093

#paralelos por cursos	Bachillerato / paralelos	Mujeres
	PRIMERO	290
1	A	32
2	B	29
3	C	30
4	D	28
5	E	27
6	F	28
7	G	29
8	H	30
9	I	29
10	J	28
	SEGUNDO	628
1	A	29
2	B	32
3	C	36
4	D	31
5	E	32
6	F	29
7	G	31
8	H	28
9	I	29
10	J	29
11	K	28
12	L	29
13	N	31
14	O	28
15	P	27
16	Q	29
17	R	32
18	S	29
19	T	29
20	U	28
21	V	32
	TERCERO	565
1	A	33
2	B	30
3	C	27
4	D	30
5	E	33
6	F	30
7	G	39
8	H	28
9	I	28
10	J	27
11	K	29
12	L	29
13	M	31
14	N	29
15	O	29
16	P	28
17	Q	29
18	R	28
19	S	28
50	Total	1483

Fórmula para poblaciones finitas

$$n = \frac{N \times Z\alpha^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z\alpha^2 \times p \times q}$$

N= Total de la población

Zα²= 1.96 (si el nivel de confianza es de 95%)

p = 50% (valor estándar)

q = 1 - p (en este caso 1- 0,5)

d =Precisión (5% o sea 0.05)

Reemplazando con los valores determinados en la población femenina se obtuvo el siguiente resultado:

$$n = \frac{2571 \times (1.96)^2 \times 0,5 \times 0,5}{(0.05)^2 \times (2571-1) + (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = \frac{2469,18}{7,38} = 334,58$$

n = 335 estudiantes adolescentes (mujeres) para el estudio

Formula muestral

$$\frac{P}{n} = \frac{2576}{334,6} \quad n = 335$$

Muestreo estratificado por curso

Estrato 1 (Octavo Grado)	e1	179	n1	23
Estrato 2 (Noveno Grado)	e2	359	n2	47
Estrato 3 (Décimo Grado)	e3	555	n3	72
Estrato 4 (Primero Bachillerato)	e4	290	n4	38
Estrato 5 (Segundo Bachillerato)	e5	628	n5	82
Estrato 6 (Tercero Bachillerato)	e6	565	n6	73
		2576	n	334,6

Anexo B Encuesta

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS (Universidad del Perú. Decana de América) ESCUELA DE POSGRADO

Instructivo

- Lea detenidamente cada pregunta y responda marcando con una X la respuesta o respuestas según sea el caso en cada pregunta.
- Si tiene alguna dificultad para responder, pregunte al encuestador.
- Los datos recolectados serán utilizados de manera confidencial en la investigación, y son de uso exclusivo de la autora.

I. DATOS GENERALES

Edad:

10 a 13 años

14 a 16 años

17 a 19 años

RESIDENCIA:

Urbano

Urbano/marginal

Rural

II. DATOS ESPECÍFICOS

1. De acuerdo a su edad, ¿Qué características de la adolescencia están presente en su crecimiento y desarrollo?

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)			Adolescencia intermedia (14 a 16 años)			Adolescencia tardía (17 a 19 años)		
Características	Si	No	Características	Si	No	Características	Si	No
Período peri-puberal (aparecen los vellos de axila y pubis)			Desarrollan los órganos de la reproducción y se producen cambios físicos			No presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal		
M enarquía (primera menstruación, cambios de carácter)			Inicio de experiencia y actividad sexual y/o asumen conductas generadoras de riesgo.			Estar embarazada no garantiza que madura en su carácter y conductas		
Pierde interés por los padres			Comparten valores y conflictos con sus padres			Concilian con los padres y sus valores reflejan actitudes más de adulta		
No controla impulsos			Máxima relación con sus pares			Los pares van perdiendo importancia		
Se preocupa por la apariencia física			Muy preocupados por apariencia física			Evidencian valores con metas reales.		

2. ¿Cuáles son las características que se identifican en su grupo de amigos/as?

Características	Si	No
Amistad y aceptación		
Se identifican como mejores amigos		
Se comunican e interactúan bien		
Aumento de confianza y auto estima		
Relación estrecha con 1 a 2 personas		
Riñas frecuentes no logran ponerse de acuerdo		
Otras		

3. ¿Cuáles son las actividades que realizadas en su tiempo libre?

Características	Si	No
Chatear en la computadora, escuchar música, ir al cine, discoteca o paseos con amigos		
Bailar		
Dormir		
Pasar en casa con la familia		
Paseos familiares		
Realizar deportes		
Realizar tareas extra clase		

4. Para usted la sexualidad es:

Características	Si	No
Entender los cambios del cuerpo y considerarlos normales		
Tener relaciones sexuales		
Sentimientos, emociones y acciones.		
Evitar una infección de transmisión sexual		
Me da vergüenza hablar sobre sexo		
Satisfacción de necesidad y deseo sexual		
Tener sexo para tener un embarazo		

5. Para usted la salud sexual reproductiva es:

Características	Si	No
Derecho de la pareja a ejercer su sexualidad libre del temor a un embarazo no deseado		
Estar embarazada		
Evitar las enfermedades de transmisión sexual		
Tener varias parejas sexuales		
Que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria		
Tener hijos aunque no se forme una familia		

6. ¿A través de qué medios obtiene información sobre el embarazo en la adolescencia?

Características	Si	No
Buscando en Internet		
Clínica		
Colegio		
Familia		
Investiga		
Medios de comunicación		
Redes sociales		
Unidades de Salud		

7. De los métodos anticonceptivos de se detallan, ¿Cuáles son los que usted conocen que se usa para evitar un embarazo?

Características	Si	No
Abstinencia Sexual		
Anticonceptivo oral		
Anticonceptivos inyectables		
Preservativo (Condón)		
Ninguno		
Todas las anteriores		

8. ¿Ha tenido relaciones sexuales:

SI
NO

9. ¿A qué edad inició sus relaciones sexuales?

11 a 12 años
13 a 14 años
15 a 16 años
17 años o más

10. ¿Ha quedado embarazada alguna vez?

SI
NO

11. ¿Conoce sobre las complicaciones que presenta la adolescente durante el embarazo?

SI
NO

12. De las complicaciones del embarazo de las adolescentes que se detallan, ¿Cuáles son los que usted conocen?

Características	Si	No
No conoce		
Problemas en el desarrollo del niño, enfermedades y problemas al nacer del niño o pérdida de su vida misma si no se cuida debidamente		
Abortos		
Malformaciones en los niños, quedar estéril o muerte materna		
Complicaciones como el rechazo de sus familiares, no completar sus estudios, separaciones, la falta de dinero e inclusive pasar hambre.		
Los malestares del embarazo. Las contracciones de los primeros meses. La falta de apetito.		
Que el niño no se puede desarrollar bien, riesgo de no saber hacerse los chequeos para evitar alguna enfermedad al niño o a la madre		
Anemia		
Preeclampsia		
Convulsiones o riesgo de perder la vida por ser menor de edad		
Parto es muy complicado		
Defensas del niño en ocasiones pone en riesgo la vida de uno de los dos		

13. ¿Conoce usted a que edad se deben iniciar las relaciones sexuales?

Características	Si	No
13 a 14 años		
15 a 16 años		
17 o más		

14. ¿Conoce usted de quién es la responsabilidad de iniciar las relaciones sexuales?

Características	Si	No
Ambos		
Mi pareja		
Mi persona		

15. ¿Asumiría con responsabilidad iniciar las relaciones sexuales con su pareja?

SI
NO

16. ¿Usa métodos anticonceptivos para evitar el embarazo?

SI
NO

17. Para usted, el tipo de familia con el que cuenta en su hogar es:

Disfuncional
Funcional

18. Para usted, los comportamientos de su familia con el que cuenta en su hogar son:

Características	Si	No
Son descuidados		
Son las personas que me dan consejos de vida		
Son los que ponen límites		
Con mi familia no poseo una relación agradable		
Con mi familia poseo una relación agradable		
Son compañía		
Son protectores		

19. Para usted, las consecuencias del embarazo adolescente en la vida familiar son:

Características	Si	No
Decepción		
Apoyo		
Golpe familiar		
Cambios de funcionamiento		
Transformación		
Inmadurez		

20. Para usted, las consecuencias del embarazo no planeado en la adolescencia son:

Características	Si	No
Abandono de la pareja		
Expulsión familiar		
Inexperiencia para criar y cuidar al niño		
Ninguno		
Pérdida del año escolar		
Problemas económicos		
Problemas familiares		
Todos los anteriores		

21. ¿Cuál es el nivel socio económico de su familia?

Alto
Medio
Bajo

22. Para usted, los ingresos económicos de su familia es:

Características	Si	No
Mayor del salario básico		
Menos del salario básico		
Salario básico		

Gracias por su colaboración

ANEXO C Validación de instrumento

Estimado profesional, usted ha sido invitado a participar como experto para validar el cuestionario anexo. El presente instrumento tiene como finalidad recoger información directa para la investigación que se realiza en los actuales momentos, titulado: **“FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS EN EL COLEGIO FISCAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA, CIUDAD DE MILAGRO - ECUADOR”**.

Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento y obtener información válida, criterio requerido para toda investigación. A continuación sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un asterisco en la casilla que usted considere conveniente y además puede hacernos llegar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

N° DE PREGUNTA	VALIDEZ DE CONTENIDO		VALIDEZ DE CONSTRUCTO		VALIDEZ DE CRITERIO		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

	VALIDEZ DE CONTENIDO		VALIDEZ DE CONSTRUCTO		VALIDEZ DE CRITERIO		OBSERVACIONES
N° DE PREGUNTA	La pregunta corresponde a alguna dimensión de la variable		La pregunta contribuye a medir el indicador planteado		La pregunta permite clasificar a los sujetos en las categorías establecidas		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							

ANEXO D Prueba de hipótesis

Tabla11. Prueba Chi2

Análisis inferencial de los factores psicológicos y sociales tienen relación con el embarazo de las adolescentes de 12 a 17 años

Tabla11. Prueba Chi2

Relación entre el conocimiento sobre sexualidad y el embarazo

Ho:	El conocimiento de la sexualidad no está relacionado con el embarazo			
VALORES REALES				
		Embarazo		
		Si	No	Total
Conocimiento de Sexualidad	Si	33	264	297
	No	9	29	38
		42	293	335
VALORES ESPERADOS				
		Embarazo		
		Si	No	Total
Conocimiento de Sexualidad	Si	37,2358209	259,7641791	297
	No	4,764179104	33,2358209	38
		42	293	335
PRUEBA CHI2				
p-value	0,027536934			
Nivel de significancia (alfa)	0,05			
Se rechaza la Ho cuando el p-value < nivel de significancia (0,05)				
RESULTADO				
Como p-value es menor que 0,05 se rechaza la Hipótesis Nula, por lo tanto hay evidencia estadística para afirmar que el conocimiento en sexualidad está asociado al embarazo.				

Tabla12. Prueba Chi2

Relación entre el conocimiento sobre salud sexual reproductiva y el embarazo

Ho:	El conocimiento de salud reproductiva no está relacionado con el embarazo			
VALORES REALES				
		Embarazo		
		Si	No	Total
Conocimiento de salud reproductiva	Si	38	293	331
	No	4	0	4
		42	293	335
VALORES ESPERADOS				
		Embarazo		
		Si	No	Total
Conocimiento de salud reproductiva	Si	41,49850746	289,5014925	331
	No	0,501492537	3,498507463	4
		42	293	335
PRUEBA CHI2				
p-value	1,07057E-07			
Nivel de significancia (alfa)	0,05			
Se rechaza la Ho cuando el p-value < nivel de significancia (0,05)				
RESULTADO				
Como p-value es menor que 0,05 se rechaza la Hipótesis Nula, por lo tanto hay evidencia estadística para afirmar que el conocimiento en salud reproductiva está asociado al embarazo.				

Tabla 14. Prueba Chi2

Relación entre el conocimiento sobre consecuencias y el embarazo

Ho:	Los factores sociales no están relacionados con el embarazo			
VALORES REALES				
		Embarazo		
		Si	No	Total
Factores sociales	Abandono de la pareja	10	128	138
	Problemas familiares	12	70	82
	Inexperiencia para criar y cuidar al bebé	8	50	58
	Expulsión familiar	2	20	22
	Ninguno	8	4	12
	Pérdida del año escolar	2	8	10
	Problemas económicos	0	9	9
	Todos los anteriores	0	4	4
		42	293	335
VALORES ESPERADOS				
		Embarazo		
		Si	No	Total
Factores sociales	Abandono de la pareja	17,30149254	120,6985075	138
	Problemas familiares	10,28059701	71,71940299	82
	Inexperiencia para criar y cuidar al bebé	7,271641791	50,72835821	58
	Expulsión familiar	2,758208955	19,24179104	22
	Ninguno	1,504477612	10,49552239	12
	Pérdida del año escolar	1,253731343	8,746268657	10
	Problemas económicos	1,128358209	7,871641791	9
	Todos los anteriores	0,501492537	3,498507463	4
		42	272,8835821	335
PRUEBA CHI2				
p-value	2,58553E-07			
Nivel de significancia (alfa)	0,05			
Se rechaza la Ho cuando el p-value < nivel de significancia (0,05)				
RESULTADO				
Como p-value es menor que 0,05 se rechaza la Hipótesis Nula, por lo tanto hay evidencia estadística para afirmar que los factores sociales están asociados con el				

embarazo.